

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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • JUILLET 2021

Directive ministérielle DGAUMIP-001.REV2

- 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.REV1

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).

Directive

Objet :	Nous vous transmettons une mise à jour significative en regard de la venue de proches aidants en centres hospitaliers (CH).
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance et mettre en application les directives ministérielles quant à l'autorisation et à l'encadrement des visites de personnes proches aidantes auprès des clientèles recevant des soins et services en centres hospitaliers.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	Direction des services hospitaliers (DSH) 418 266-4530
Document annexé :	✓ Annexe 1 – Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier (MAJ2021-06-19)

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Coronavirus COVID-19

Mise à jour 2021-07-06

L'évolution de la COVID-19 au Québec depuis le mois de mars 2020 nous a permis de tirer des leçons des différentes situations vécues et d'apprendre à mieux protéger nos milieux tout en permettant aux gens d'accompagner leur proche. **Dans le contexte d'une situation épidémiologique améliorée et d'une progression significative de la vaccination, tant chez nos travailleurs de la santé que dans la population générale,** nous vous transmettons ainsi une mise à jour des directives en regard de la venue de personnes proches aidantes ou de visiteurs en centres hospitaliers (CH).

Les personnes proches aidantes et visiteurs sont définis comme suit :

Personne proche aidante (PPA) : *Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente, et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services.*

Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au CH où son proche est hospitalisé, comme pour les PPA.

Visiteur : *Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé.*

Ces directives sont valables pour tous les secteurs du CH, ce qui inclut les cliniques externes, les CRID et unités d'interventions diagnostiques (radiologie, endoscopie, etc.), les unités d'hospitalisation, etc. Les secteurs faisant l'objet de particularités sont identifiés ci-dessous.

DIRECTIVES POUR LA VENUE DES PERSONNES PROCHES AIDANTES OU VISITEURS EN CENTRES HOSPITALIERS

Les visites dans les CH sont permises sous certaines conditions.

Lors de débordement ou de situations exceptionnelles, l'établissement pourrait voir à restreindre l'accès aux proches aidants de façon temporaire. Les établissements qui désirent restreindre l'accès aux personnes proches aidantes pour des raisons exceptionnelles **doivent faire une demande de dérogation** à la Direction des services hospitaliers du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'adresse : dgshmsu.dsh@msss.gouv.qc.ca.

- La demande doit être formulée par le président-directeur général (PDG) ou le directeur régional de santé publique au MSSS.
- Cette demande devra alors présenter la situation dans le CH, les mesures mises en place jusqu'à maintenant, les mesures supplémentaires à mettre en place pour assurer un accès sécuritaire aux personnes proches aidantes, le délai nécessaire pour leur mise en place, ainsi que les unités visées. Si cette demande est transmise par le PDG, elle devra être validée par la Direction de santé publique régionale.
- Cette demande fera l'objet d'une analyse avant la transmission d'une décision ministérielle.

Si la décision du MSSS était de restreindre l'accès aux proches aidants et/ou visiteurs, les centres devront continuer de faciliter de façon proactive les communications virtuelles du patient avec ses proches.

Nous soulignons que le soutien offert par les personnes proches aidantes apporte l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel et à l'organisation des soins, qui ne peut être substitué par des mesures de contrôle physiques ou chimiques qu'en dernier recours.

DIRECTIVES GÉNÉRALES

- Aucune personne proche aidante ou visiteur ayant reçu un diagnostic de COVID-19 confirmé, en investigation ou symptomatique n'est admis dans les CH; tous secteurs confondus.

Lors de situations exceptionnelles, des ouvertures pourront être analysées au cas par cas par l'établissement.

- La venue de personnes proches aidantes est permise à n'importe quel moment du séjour sous certaines modulations en fonction du palier d'alerte régional de la santé publique (voir tableau ci-dessous).
- Les modalités de visites usuelles doivent être considérées. Néanmoins, les personnes proches aidantes doivent, généralement, pouvoir déterminer elles-mêmes la durée, le moment et la fréquence des visites. Par ailleurs, dans le respect des volontés de la personne proche aidante, une heure d'arrivée peut lui être attribuée afin d'éviter au maximum les contacts entre les personnes proches aidantes et les visiteurs, et ce, en respect des directives de distanciation sociale émises par la santé publique.

- Par ailleurs la durée de la visite n'est pas limitée dans la mesure où les consignes de **prévention et de contrôle des infections (PCI)** sont bien respectées. L'aide et le soutien significatifs peuvent être offerts par plus d'une personne proche aidante auprès d'une même personne en CH. Un assouplissement pourrait être fait pour la clientèle très vulnérable, telle la clientèle gériatrique, en situation de handicap ou de fin de vie.
- Une personne proche aidante doit être systématiquement identifiée pour certains patients hospitalisés qui présentent une vulnérabilité, car ils sont des partenaires de soins essentiels. Dans le cas où des unités d'hospitalisation accueillent des clientèles mixtes, des consignes correspondant au niveau d'alerte plus élevée pourraient s'appliquer pour assurer la protection des patients plus vulnérables (ex. : patients immunosupprimés).

Par ailleurs, les mesures usuelles d'isolement et de restriction des visites des patients immunosupprimés s'appliquent.

- Le port d'équipement de protection individuelle (EPI) **est adaptable selon le palier d'alerte et les consignes de la PCI de l'établissement**; les recommandations de la santé publique relatives au port d'ÉPI sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'adresse suivante : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-contrôle-des-infections/>.
- À des fins d'organisation des services, la présence des bénévoles est permise et considérée équivalente à la présence des proches aidants.

Ces directives peuvent être modulées pour des raisons humanitaires, par exemple s'il s'agit d'une urgence ou si le patient est en fin de vie.

Un gestionnaire ou une personne désignée au sein du CH doit être clairement identifié afin de répondre aux questions et insatisfactions des personnes proches aidantes liées à l'interprétation et à l'application des directives ministérielles dans le contexte de la pandémie. Si des insatisfactions persistent, il est proposé à la personne proche aidante de faire appel au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Aucune identification ou document ne doit être demandé afin d'attester d'un « statut » de proche aidant. Nous rappelons que *le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre.*

Pour les paliers d'alerte 3 et 4, aux fins de reconnaissance des personnes proches aidantes identifiées par le patient, il est suggéré de mettre un bracelet d'identification au proche.

Tableau résumé des directives selon les paliers d'alerte

(Note : Les directives particulières des secteurs spécifiques sont détaillées à la section suivante)

		Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4
DIRECTIVE GÉNÉRALE*		Présence de visiteur ou personne proche aidante (PPA)			
TOUS SECTEURS Voir particularités pour certains secteurs spécialisés ci-dessous		2 visiteurs ou PPA à la fois, pas de maximum quotidien Une exception peut être faite à plus de 2 visiteurs si présence d'enfants d'âge mineur	2 PPA à la fois, pas de maximum quotidien	1 PPA à la fois Maximum 2 par jour : obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer
SALLE D'URGENCE*		Personne proche aidante (PPA)			
TOUS SECTEURS		1 PPA à la fois	1 PPA à la fois	1 PPA à la fois	1 PPA à la fois
CANCÉROLOGIE*		Personne proche aidante (PPA)			
AMBULATOIRE ADULTE	CONSULTATIONS EXTERNES DANS LE CENTRE DE CANCÉROLOGIE	1 PPA maximum,	1 PPA maximum,	1 PPA maximum, sous autorisation INF ou MD	1 PPA maximum, sous autorisation INF ou MD
	SALLE DE TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES, RADIOTHÉRAPIE, GMO ET THÉRAPIE CELLULAIRE	Interdit sauf exceptions autorisées par INF. ou MD	Interdit sauf exceptions autorisées par INF. ou MD	Interdit sauf exceptions autorisées par INF. ou MD	Interdit sauf exceptions autorisées par INF. ou MD
HOSPITALISATION ADULTE	GMO ET THÉRAPIE CELLULAIRE	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer
	AUTRES CANCERS HÉMATOLOGIQUES	1-2 PPA à la fois Maximum 2 par jour : obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1-2 PPA à la fois Maximum 2 par jour : obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 2 par jour : obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer
	CANCERS SOLIDES SUR AUTRES UNITÉS DE SOINS	2 PPA ou visiteurs maximums à la fois	2 PPA maximum à la fois	1 PPA à la fois Maximum 2 par jour : obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer

ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE	AMBULATOIRE	1 parent ou 1 PPA remplaçant	1 parent ou 1 PPA remplaçant	1 parent ou 1 PPA remplaçant	1 parent ou 1 PPA remplaçant
	HOSPITALISATION	Parents ou max, 2 PPA remplaçants	Parents ou max. 2 PPA remplaçants	Parents ou max. 2 PPA remplaçants	Parents ou max. 2 PPA remplaçants
MÈRE-ENFANT*					
Présence du père ou d'une personne significative (1er accompagnateur)					
Prénatal		Permis	Permis	Permis	Permis
Pernatal (bloc opératoire césarienne inclus)		Permis	Permis	Permis	Permis
Postnatal		Permis	Permis	Permis	Permis
Particularité : Pour les femmes enceintes atteintes de la COVID-19, il pourrait être envisagé que le second parent ou l'accompagnateur atteint de la COVID-19 soit présent, s'il se déplace uniquement en même temps que la femme enceinte dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres)					
Néonatalogie		Permis	Permis	Permis Exception : 1 seul parent à la fois lorsque les mesures de PCI ne peuvent être appliquées (ex. unités néonatales ouvertes)	Permis Exception : 1 seul parent à la fois lorsque les mesures de PCI ne peuvent être appliquées (ex. unités néonatales ouvertes)
Pédiatrie -Parents		Permis	Permis	Permis	Permis
Particularité : Pour les enfants atteints de la COVID-19, il pourrait être envisagé que les parents atteints de la COVID-19 soient présents, s'ils se déplacent uniquement en même temps que l'enfant dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres), et en portant un masque.					
Présence de l'accompagnante à la naissance ou d'une personne significative (2e accompagnateur)					
Prénatal		Aucun 2e accompagnateur permis	Aucun 2e accompagnateur permis	Aucun 2e accompagnateur permis	Aucun 2e accompagnateur permis
Pernatal		Permis (sauf bloc opératoire)	Permis (sauf bloc opératoire)	Accompagnante à la naissance permise (sauf bloc opératoire). Autre personne non permise.	Aucun 2e accompagnateur permis
Postnatal		Permis	Permis	Permis. Un support téléphonique/vidéo pourrait être envisagé.	Aucun 2 ^e accompagnateur permis. Un support téléphonique/vidéo pourrait être envisagé.
Visiteurs-fratrie-famille élargie					
Postnatal		Permis et maximum 2 personnes en même temps (incluant le 2e parent ou l'accompagnateur).	Permis sauf enfant moins de 18 ans maximum 2 personnes en même temps (incluant le 2e parent ou l'accompagnateur).	Non permis	Non permis

Néonatalogie	Permis sauf enfant moins de 18 ans et maximum 2 personnes en même temps (incluant le 2e parent ou l'accompagnateur).	Permis sauf enfant moins de 18 ans et maximum 2 personnes en même temps (incluant le 2e parent ou l'accompagnateur).	Non permis	Non permis
Pédiatrie (exclusion : soins intensifs pédiatriques, hémato-oncologie, milieu en éclosion, zone chaude)	Permis selon la politique de l'établissement en vigueur	Non permis sauf lors d'hospitalisation prolongée : Plus de 2 semaines sans possibilité de congé temporaire, selon les conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité de la fratrie à porter un masque de procédure de manière adéquate. ▪ 3^e accompagnateur devrait être identifié et ne changer qu'exceptionnellement. ▪ 1 personne à la fois ▪ Limite de 2 visites par semaine ▪ Durée de la visite : <ul style="list-style-type: none"> ○ Chambre multiple : 1 heure ○ Chambre individuelle : La durée des visites devrait être encadrée par les équipes traitantes locales, en fonction de la situation épidémiologique et clinique. 	Non permis sauf lors d'hospitalisation prolongée : Plus de 2 semaines sans possibilité de congé temporaire, selon les conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité de la fratrie à porter un masque de procédure de manière adéquate. ▪ 3^e accompagnateur devrait être identifié et ne changer qu'exceptionnellement. ▪ 1 personne à la fois ▪ Limite de 2 visites/semaine ▪ Durée de la visite : <ul style="list-style-type: none"> ○ Chambre multiple : 1 heure ○ Chambre individuelle : La durée des visites devrait être encadrée par les équipes traitantes locales, en fonction de la situation épidémiologique et clinique. 	Non permis
IMAGERIE MÉDICALE				
Personne proche aidante (PPA)				
TOUS SECTEURS	1 PPA maximum	1 PPA maximum	1 PPA maximum	1 PPA maximum

* Lors de situations critiques ou d'hospitalisation prolongée au-delà de 7 jours, les personnes d'âge mineur sont autorisées à visiter leur parent hospitalisé. Les enfants de 12 ans et moins doivent être accompagnés d'un adulte lors de la visite.

DIRECTIVES PARTICULIÈRES DÉTAILLÉES

Pour certains secteurs, les directives énoncées ci-haut doivent être modulées. Ainsi, les directives ci-dessous doivent être appliquées pour les secteurs suivants : Salles d'urgence, Cancérologie, Soins obstétricaux, néonatalogie et pédiatrie, Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) ainsi que l'Imagerie médicale.

SALLES D'URGENCE

La présence d'une personne proche aidante est recommandée en tout temps, et ce, indépendamment des paliers d'alerte régionaux. Pour les visiteurs, les périodes de visites sont appliquées selon les politiques locales en vigueur.

CANCÉROLOGIE

Dans le contexte où les secteurs de la oncologie, tant en cliniques externes qu'en unités d'hospitalisation, demeurent des zones froides où un triage des patients, du personnel, des personnes proches aidantes est en vigueur afin d'assurer la protection des patients atteints de cancer, les éléments suivants s'appliquent à ces secteurs :

Ambulatoire adulte

L'accès au centre de oncologie est limité aux patients sous traitement, aux personnes proches aidantes autorisées et au personnel, médecins et autres professionnels travaillant au centre de oncologie.

Consultations :

- À moins d'enjeux d'espaces physiques particuliers, en situation de palier d'alerte vert ou jaune, la présence d'une personne proche aidante est autorisée lors de visites en consultation ambulatoire. En situation de palier orange ou rouge, une autorisation est requise.
- Étant donné la vulnérabilité des patients atteints de cancer, la limitation à une seule personne proche aidante pouvant accompagner aux rendez-vous et aux consultations en ambulatoire est en lien avec le besoin de protéger la clientèle atteinte de cancer et le personnel de ces secteurs, mais découle aussi du fait que les exigences de distanciation sociale affectent les espaces disponibles (salles d'attente et de consultation) pour offrir les services aux patients.
- Dans le contexte où la présence des proches est limitée, les consultations en oncologie (médecin, IPO, pharmacien, etc.) qui sont offertes en télésanté (téléphone ou mode virtuel) doivent inclure la possibilité de la participation des proches, lorsqu'applicable. Les établissements doivent encourager et continuer à faciliter les communications virtuelles.

Traitements :

- Salle de traitements systémiques et radiothérapie: la présence d'un proche aidant dans la salle de traitement n'est pas possible, en lien avec le besoin de protéger la clientèle et le personnel de ces secteurs, mais aussi compte tenu des exigences de distanciation sociale qui affectent les espaces disponibles pour offrir les traitements aux patients. Toutefois, des situations d'exception peuvent être autorisées par le

médecin ou l'infirmière, par exemple si un établissement situé dans une région en palier d'alerte vert ou jaune dispose de locaux dont la taille et les aménagements permettent la distanciation physique et les aires de circulation appropriées.

- Greffe de moelle osseuse (GMO) et thérapie cellulaire: aucune personne proche aidante ne sera admise en clinique ambulatoire de greffe et thérapie cellulaire. La participation des proches aidants via la télésanté doit être assurée dans ce secteur.

Hospitalisation adulte :

- GMO et thérapie cellulaire: sous réserve de l'avis clinique, application en tout temps des consignes du niveau d'alerte 4 du tableau ci-haut, soit autorisation d'une personne proche aidante maximum par jour, obligation d'identifier un maximum de deux personnes différentes pouvant se relayer.

- Autres cancers hématologiques : application des consignes des niveaux d'alerte du tableau ci-haut, soit une ou deux personnes à la fois selon le palier d'alerte, maximum de deux par jour et obligation d'identifier un maximum de trois personnes différentes pouvant se relayer pendant le séjour. L'application de ces mesures doit reconnaître que les patients en traitement pour une leucémie aigüe ont des moments de grande vulnérabilité et sont mis en isolation stricte, qui limite souvent les visites des proches.

Les personnes autorisées sur ces unités devront se soumettre aux procédures de triage ou de tests applicables sur l'unité, conformément aux consignes de zonage applicables en cancérologie.

- Cancers solides sur autres unités de soins : deux personnes proches aidantes ou visiteurs à la fois pouvant rendre visite au patient aux niveaux vert. Lorsque la région est niveau d'alerte régionale orange ou rouge, autorisation d'un proche aidant maximum selon les paramètres inscrits au tableau.

Oncologie pédiatrique :

- Secteurs ambulatoires en hémato-oncologie : un seul accompagnateur par patient permis. Pour certaines situations particulières, la présence d'un deuxième accompagnateur pourrait être autorisée (exemple : annonce d'une nouvelle difficile).

- Hospitalisation : parents (ou leurs remplaçants) autorisés au chevet.

- Hospitalisation pour thérapie cellulaire : seuls les deux parents (ou accompagnateurs significatifs) ont accès à la chambre. Se référer aussi aux consignes en oncologie pédiatrique au lien suivant : (<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/cancerologie>).

SOINS OBSTÉTRICAUX, NÉONATAUX ET PÉDIATRIQUES

À noter : le parent d'un enfant hospitalisé ou la personne accompagnant la femme enceinte lors de l'accouchement ne sont pas considérés comme des visiteurs.

Obstétrique

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence du second parent ou de la personne significative (1er accompagnateur) lors de l'accouchement (incluant la césarienne) et lors du séjour postnatal. Pour

le 2^e accompagnateur, sa présence est permise en fonction du niveau d'alerte (voir tableau).

- Cependant, pour les femmes enceintes atteintes de la COVID-19, il pourrait être envisagé que le second parent ou l'accompagnateur atteint de la COVID-19 soit présent, s'il se déplace uniquement en même temps que la femme enceinte dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres), et en portant un masque.

Néonatalogie

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence des parents, s'ils ne présentent pas de symptômes à la COVID-19.
- Les parents atteints de la COVID-19 ne peuvent être présents, sauf lors de circonstances exceptionnelles.

Pédiatrie

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence des parents, s'ils ne présentent pas de symptômes à la COVID-19.
- Cependant, pour les enfants atteints de la COVID-19, il pourrait être envisagé que les parents atteints de la COVID-19 soient présents, s'ils se déplacent uniquement en même temps que l'enfant dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres), et en portant un masque.

Pour plus d'information, consulter le **Plan 3^e vague** Services mère-enfant sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document/002989/>.

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE (SPFV)

Pour plus de détails, veuillez-vous référer à la section « Visiteurs » des directives spécifiques aux SPFV disponibles sur le site Web MSSS à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/>

IMAGERIE MÉDICALE

Les départements et laboratoires d'imagerie médicale devraient se munir d'une politique de contrôle du nombre de personnes proches aidantes autorisées en fonction de la capacité de leurs salles d'attente et de la configuration des lieux. Cette politique doit permettre de respecter la distanciation sociale dans les aires d'attente et d'assurer la sécurité du personnel et des usagers du service d'imagerie médicale.

À noter que toute personne proche aidante devrait être soumise au même questionnaire de triage que les usagers concernant les facteurs de risque de la COVID-19.

Émission : 12-10-2020

Mise à jour : 06-07-2021

Directive ministérielle

DGAUMIP-
009.REV4

Catégorie(s) :
✓ Directives cliniques
✓ Urgence

Directives services d'urgence

Remplace la directive
émise le 11 juin 2021

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



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

Directive	
Objet :	Cet envoi contient une mise à jour des directives cliniques spécifiques aux services d'urgence dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Vous trouverez ci-joint l'Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence (Annexe 1) qui a été mis à jour à la suite des nouvelles directives de l'INSPQ.
Mesures à implanter :	✓ Application des modifications apportées à l'Outil de triage

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Ces recommandations sont matière à changement ou à éclaircissement au fur et à mesure de l'évolution de la situation.	
Direction ou service ressource :	Direction des services d'urgence Courriel : dsu@msss.gouv.qc.ca Téléphone : 514 864-3215
Document annexé :	✓ Annexe 1 – Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence – COVID-19 (mise à jour le 28 juin 2021)

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

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

OUTIL DÉCISIONNEL POUR L'INFIRMIÈRE AU TRIAGE DE L'URGENCE

PARTIE 1 – CONFIRMATION LABORATOIRE

- Avez-vous reçu un diagnostic de la COVID-19 (test de dépistage positif) dans les 6 derniers mois?

Si NON → Passer à la PARTIE 2

Si OUI dans les 10 derniers jours → Cas confirmé et passer à la PARTIE 4

Si OUI et > 10 jours → Valider si « rétabli » (voir Annexe 1ère puce) : Si rétabli → cas non suspecté et passer à la PARTIE 5 | Si non rétabli → cas confirmé et passer à la PARTIE 4

PARTIE 2 – CRITÈRES D'EXPOSITION

- Est-ce que vous avez eu un résultat positif à la COVID-19 dans le passé et une dose de vaccin depuis plus de 7 jours OU deux doses de vaccins depuis plus de 7 jours?

Si NON OU **personne immunosupprimée** → Passer à la question suivante | Si OUI → Passer à la PARTIE 3

- Avez-vous eu une exposition à risque modéré ou élevé à la COVID-19 dans les 14 derniers jours?

- Personne vivant sous le même toit ou partenaire intime d'une personne confirmée de la COVID-19 ou d'un contact de cas en attente d'un premier test;
- Contact domiciliaire : personne asymptomatique habitant avec une personne qui a des symptômes de la COVID (sauf si la personne symptomatique a reçu un résultat de test négatif);
- Contact prolongé (> 15 minutes cumulatives ou continues), à moins de 2 mètres, avec une personne confirmée de la COVID-19 (sans port du masque chirurgical ou médical);
- Personne prodiguant des soins corporels à un cas confirmé de la COVID-19 (sans port EPI approprié);
- Personnel ayant eu un contact direct avec des liquides biologiques infectieux (expectorations ou crachats reçus dans le visage, les yeux, etc.);
- Exposition dans un milieu identifié comme « en éclosion » par la santé publique (école, restaurant, résidence pour personnes âgées, milieu de travail, etc.);
- Séjour de plus de 48h dans un centre hospitalier **en éclosion** (hospitalisation ou séjour à l'urgence);
- Séjour de plus de 48h à l'extérieur du Canada.

Si OUI → Cas suspecté et passer à la PARTIE 4 | Si NON → Passer à la PARTIE 3

PARTIE 3 – CRITÈRES CLINIQUES

- Est-ce que vous avez 1 des symptômes suivants* :

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

OU au moins 2 des symptômes suivants* :

- Perte d'appétit importante
- Diarrhée
- Fatigue intense
- Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique)
- Nausées ou vomissements
- Douleur abdominale
- Céphalée

*Se référer au point 2 de l'annexe pour les usagers symptomatiques et vaccinés dans les 4 derniers jours

Si OUI → Cas suspecté et passer à la PARTIE 4 | Si NON → Cas non suspecté et passer à la PARTIE 5

PARTIE 4 – PRISE EN CHARGE DES CAS SUSPECTÉS (Zone tiède) OU CONFIRMÉS (Zone chaude)

1. Faire porter un masque de procédure à l'utilisateur (Se référer aux [recommandations de l'INSPQ](#) concernant le choix des masques de procédure);
2. Placer l'utilisateur dans une pièce individuelle avec la porte fermée si disponible, sinon à plus de 2 mètres des autres usagers (voir Annexe 3^e puce pour l'orientation en zone tiède);
3. **Précautions gouttelettes-contact avec protection oculaire et port d'un APR de type N95 ou offrant une protection supérieure (se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST);**
4. Si **IMGA** : Précautions aériennes-contact avec protection oculaire et isolement en chambre à pression négative, sinon pièce fermée (se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST);
5. **Réorientation** : Offrir systématiquement la réorientation pour les cas réorientables en clinique désignée d'évaluation (CDÉ) via RVSQ.

PARTIE 5 – PRISE EN CHARGE DES CAS NON SUSPECTÉS OU « RÉTABLIS » (Zone froide)

1. Faire porter un masque de procédure à l'utilisateur (Se référer aux [recommandations de l'INSPQ](#) concernant le choix des masques de procédure);
2. Tous les travailleurs à moins de 2 mètres de l'utilisateur doivent porter un masque de procédure (se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST);
3. **Réorientation** : Offrir systématiquement la réorientation pour les cas réorientables en clinique froide.

Annexe

1. Réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de la COVID-19

Situation de l'usager « rétabli »		Prise en charge
<p><u>MALADIE LÉGÈRE OU MODÉRÉE</u></p> <p>Plus de 10 jours après le début des symptômes</p>	<p>Usager COVID confirmée (test de laboratoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> Qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
<p><u>MALADIE SÉVÈRE (ADMIS À USI EN LIEN AVEC LA COVID-19)</u></p> <p>Plus de 21 jours après le début des symptômes</p>	<p>Usager COVID confirmée (test de laboratoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> Qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
<p><u>USAGER IMMUNOSUPPRIMÉ</u></p> <p>Plus de 21 jours et moins de 28 jours après le début des symptômes</p>	<p>Usager COVID confirmée (test de laboratoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> Qui rencontre le délai de plus de 21 jours, mais moins de 28 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) Et n'ayant pas eu de test de laboratoire de contrôle 	<p>Admettre en zone chaude et</p> <ul style="list-style-type: none"> Attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide. OU Réaliser un test de laboratoire de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> Si positif : attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide Si 2 tests de laboratoire négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
<p><u>USAGER IMMUNOSUPPRIMÉ</u></p> <p>Plus de 28 jours après le début des symptômes</p>	<p>COVID confirmée (test de laboratoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> Qui rencontre le délai de 28 jours, post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide

* Sans prise d'antipyrétique

2. Algorithme décisionnel post vaccination

Manifestations cliniques présentées	Isolement préventif	
Signes ou symptômes généraux avec ou sans fièvre objectivée et sans symptômes respiratoires apparus dans les 48 heures suivant la vaccination.	Céphalée Myalgies ou arthralgies Fatigue ± Fièvre	Aucun isolement requis sauf si l'état général se détériore, les symptômes s'aggravent ou ne s'améliorent pas 48 heures après la vaccination, ou si d'autres symptômes apparaissent.
Signes ou symptômes généraux avec ou sans fièvre objectivée et sans symptômes respiratoires apparus plus de 48 heures suivant la vaccination.	Céphalée Myalgies ou arthralgies Fatigue ± Fièvre	Isolement requis
Symptômes associés à la COVID mais non au vaccin	Mal de gorge Toux Agueusie et/ou anosmie Difficulté respiratoire	Isolement requis
Symptômes locaux associés au vaccin et non à la COVID	Douleur ou gonflement au site d'injection	Aucun isolement requis

3. Orientation des patients suspectés

Sans créer des sous-sections physiquement distinctes dans la zone tiède, il faut, **dans la mesure du possible**, diminuer la proximité des usagers suspectés à « risque FAIBLE OU MODÉRÉ » des usagers à « risque ÉLEVÉ ».

COVID-19 Suspecté « Risque Élevé »	Tableau clinique positif (+) + critères d'exposition positifs (+)
COVID-19 Suspecté « Risque Faible ou Modéré »	Tableau clinique positif (+) + critères d'exposition négatifs (-) Tableau clinique négatif (-) + critères d'exposition positifs (+)

OUTIL D'ORIENTATION POUR LE FILTRAGE À L'URGENCE

- Avez-vous reçu un diagnostic de la COVID-19 dans les 28 derniers jours?
- Avez-vous été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19 au courant des 14 derniers jours?
- Êtes-vous actuellement en isolement en lien avec la COVID (voyage, contact de cas, attente de résultat)?
- Avez-vous des symptômes de grippe ou gastro-entérite?

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

Si NON à TOUTES ces questions → Couvre-visage ou masque de procédure* et orientation vers corridor froid

*Le port du masque de procédure pour tous les usagers peut être recommandé en fonction du palier d'alerte régional et de l'évaluation de l'épidémiologie locale (voir [Recommandations INSPQ](#)).

Émission : 06-10-2020

Mise à jour : 22-07-2021

Directive ministérielle DGPPFC-044

Catégorie(s) :
✓ Milieu carcéral
✓ Gradation des mesures
✓ Prévention et contrôle des infections

DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL
« Gradation des mesures de prévention et de protection (COVID-19) dans les établissements de détention et les services professionnels correctionnels du Québec »

Remplace directive
No. 20-210-296W

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



Destinataires :	<ul style="list-style-type: none">- Tous les CISSS et CIUSSS ayant sous leur responsabilité des services de santé et services sociaux offerts en établissement de détention provincial.- Ministère de la Sécurité publique/ Direction générale des services correctionnels/Tous les établissements de détentions provinciaux.
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Directive

Objet :	<p>Cette directive présente la mise à jour de la mesure « Gradation des mesures de prévention et de protection (COVID-19) dans les établissements de détention et les services professionnels correctionnels du Québec », mesures applicables dans tous les établissements de détention provinciaux.</p> <p>Considérant que la campagne de vaccination provinciale est toujours en cours en milieu carcéral provincial, que la situation épidémiologique provinciale demeure sous surveillance, et que des risques peuvent être associés à l'incidence des nouveaux variant, il est nécessaire de poursuivre l'application des mesures applicables en milieu carcéral provincial. Celles-ci visent à limiter la propagation de la COVID-19.</p> <p>Cette mise à jour vise principalement à clarifier la distanciation physique à respecter entre les PI de zone froide et les consignes concernant les uniformes en palier vert et jaune.</p>
Mesures à implanter :	<p>La mesure à déployer :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Gradation des mesures de prévention et de protection (COVID-19) dans les établissements de détention et les services professionnels correctionnels du Québec

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : Ces directives ont été élaborées en collaboration avec la Direction Générale des Services Correctionnel (DGSC) du Ministère de la Sécurité publique (MSP).	
Direction ou service ressource :	Direction des services en dépendance et en itinérance (responsable des services de santé et des services sociaux offerts en milieu carcéral provincial)
Documents annexés :	✓ Gradation des mesures de prévention et de protection (COVID-19) dans les établissements de détention et les services professionnels correctionnels du Québec

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 :

Émission : 06-10-2020

Mise à jour : 22-07-2021

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Chantal Maltais

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec 

Directive ministérielle DGPPFC-001

Directive

Coronavirus (COVID-19)

Date de mise à jour : 22 Juillet 2021

Directive DGPPFC-044 Gradation des mesures de prévention et de protection (COVID-19) dans les établissements de détention et les services professionnels correctionnels du Québec

Ce document a été produit en collaboration entre le ministère de la Sécurité publique (MSP) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Liste des documents de référence du MSP en lien avec le présent document

Pour les membres du personnel du MSP, dans l'intranet <https://www.int.msp.gouv.qc.ca/index.php?id=5556> :

- Mesure de prévention – Désinfection
- Mesure de prévention – Distanciation physique
- Mesure de prévention – Transport et utilisation des fourgons
- Mesure de prévention – Manipulation et distribution d'objets
- Procédure de travail sécuritaire – Accueil des visiteurs et réception des biens personnels
- Procédure de travail sécuritaire – Utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI)
- Procédure de travail sécuritaire – Admission
- Procédure de travail sécuritaire - Buanderie
- Mesure préventive – Vêtements et uniformes et utilisation des vestiaires
- Mesure préventive – Période de pause et de repas
- Mesure préventive – Contrôle des entrées

Pour les membres du personnel de la santé (MSSS et MSP), autres références :

- [DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL - Algorithme décisionnel - Admission des personnes incarcérées - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
- [DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL - Gestion des cas et des contacts - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
- <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2902-mesures-gestion-cas-contacts-communaute.pdf>
- [Plan de déconfinement | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

Directives en vigueur dans les établissements de détention					
Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion ¹
SECTEURS D'HÉBERGEMENT					
ADMISSION/TRANSITION					Dans les secteurs « admission/transition » les directives en cas d'écllosion sont applicables seulement dans le ou les secteurs qui ont été déclarés « en écllosion » par la santé publique.
Clientèle entrante	Isolement obligatoire pour la durée de l'évaluation par le personnel de la santé.	Isolement obligatoire pour la durée de l'évaluation par le personnel de la santé.	Isolement obligatoire	Isolement obligatoire	Isolement obligatoire
Repas	En cellule	En cellule	En cellule	En cellule	En cellule
Conditions obligatoires pour tout déplacement à l'extérieur de la cellule d'isolement (*** incluant durant les sorties dans la cour extérieure).	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètre en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.
Douche	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine
Aires communes	Inaccessible	Inaccessible	Inaccessible	Inaccessible	Inaccessible
Sortie cour extérieure	2 PI d'une même cellule à la fois – 1 heure / jour	2 PI d'une même cellule à la fois – 1 heure / jour	2 PI d'une même cellule à la fois – 1 heure / jour	2 PI d'une même cellule à la fois – 1 heure / jour	1 PI à la fois – 1 heure / jour

¹ Le terme « Écllosion » peut référer à tout l'établissement de détention ou à certaines parties de celui-ci. C'est la Santé Publique Régionale qui détermine s'il y a ou non une écllosion dans un établissement de détention. Si tel est le cas, la santé publique donnera les recommandations à l'établissement de détention pour gérer l'écllosion et ce dernier devra suivre leurs consignes en la matière.

Directives en vigueur dans les établissements de détention

Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion ¹
Visiovisite	Minimum 1 fois / semaine Seul dans le secteur avec EPI	Minimum 1 fois / semaine Seul dans le secteur avec EPI	Minimum 1 fois / semaine Seul dans le secteur avec EPI	Minimum 1 fois / semaine seul dans le secteur avec EPI	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine
Déplacements internes	Visiocomparution Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Visiocomparution Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Visiocomparution Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Visiocomparution Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Visiocomparution si impossible de reporter. Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale
Déplacement externe	Comparution si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution si inévitable Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale

Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion ¹
ZONE FROIDE					Dans les secteurs « zone froide » les directives en cas d'écllosion sont applicables seulement dans le ou les secteurs qui ont été déclarés « en écllosion » par la santé publique.
Clientèle	Aucun isolement	Aucun isolement	Aucun isolement	Aucun isolement	Isolement
Repas	Secteur de vie	Secteur de vie	Secteur de vie	Secteur de vie	En cellule
Douche	Accessible	Accessible	Accessible	Accessible	Minimum 2 fois / semaine
Aires communes	Accessible	Accessible	Accessible	Accessible	Inaccessible
Conditions obligatoires pour tout déplacement à	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin,	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin,	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin,	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin,	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin,

² Pour les régions visées par le palier d'alerte de Palier 4 « alerte maximale » et dans les zones d'isolement, la participation à distance des accusés devraient être prioritaires tout au long du processus judiciaire, à moins que des dispositions ne le permettent pas, et ce, afin d'éviter tout transport de personnes incarcérées vers les palais de justice, conformément aux recommandations émises par la Santé publique.

Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion ¹
l'extérieur du secteur de zone froide.	Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètre en tout temps.	Masque de qualité visage porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.
Sortie cour extérieure	Accessible, Pi de la même zone froide	Accessible, Pi de la même zone froide	Accessible	Accessible	1 PI à la fois – 1 heure / jour
Visiovisite	Accessible	Accessible	Accessible	Accessible	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine
Gymnase	Accessible Pi de la même zone froide	Accessible Pi de la même zone froide	Accessible Pi de la même zone froide	Suspendu ³ (Si réouverture, PI de la même zone froide)	Suspendu
Déplacements internes	Permis avec hygiène des mains, distanciation physique, et Masque de qualité.	Permis avec hygiène des mains, distanciation physique, hygiène des mains et Masque de qualité.	Permis avec hygiène des mains, distanciation physique, et Masque de qualité.	Permis avec hygiène des mains, distanciation physique, et Masque de qualité.	Visiocomparution si impossible de reporter. Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale
Déplacements externes	Permis	Permis	Comparution, si inévitable Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale
ZONE TIÈDE					
Clientèle	Isolement	Isolement	Isolement	Isolement	Isolement
Repas	En cellule	En cellule	En cellule	En cellule	En cellule
Conditions obligatoires pour tout déplacement à l'extérieur de la cellule d'isolement.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.

³ L'accès au gymnase dans les régions de Palier d'alerte 4 est appelé à varier selon le contexte épidémiologique. Toujours se référer aux orientations gouvernementales de la santé publique avant de permettre la réouverture des gymnases.

Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion ¹
Douche	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine
Aires communes	Inaccessible	Inaccessible	Inaccessible	Inaccessible	Inaccessible
Sortie cour extérieure	1 PI à la fois – 1 heure / jour	1 PI à la fois – 1 heure / jour	1 PI à la fois – 1 heure / jour	1 PI à la fois – 1 heure / jour	1 PI à la fois – 1 heure / jour
Visiovisite	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine
Déplacements internes	Visiocomparution si impossible de reporter. Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale.	Visiocomparution si impossible de reporter. Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale.	Visiocomparution si impossible de reporter. Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale.	Visiocomparution si impossible de reporter. Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale.	Visiocomparution si impossible de reporter. Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale.
Déplacements externes	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale
ZONE CHAUDE⁴					
Clientèle	Isolement	Isolement	Isolement	Isolement	Isolement
Repas	En cellule	En cellule	En cellule	En cellule	En cellule
Conditions obligatoires pour tout déplacement à l'extérieur de la cellule d'isolement .	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin , Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.	Hygiène des mains avant tout déplacement et au besoin, Masque de qualité porté en tout temps, et distance de 2 mètres en tout temps.
Douche	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine	Minimum 2 fois / semaine
Aires communes	Inaccessible	Inaccessible	Inaccessible	Inaccessible	Inaccessible
Sortie cour extérieure	1 PI à la fois – 1 heure / jour	1 PI à la fois – 1 heure / jour	1 PI à la fois – 1 heure / jour	1 PI à la fois – 1 heure / jour	1 PI à la fois – 1 heure / jour
Visiovisite	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine	Appel en cellule minimum 1 fois / semaine

⁴ En zone chaude, l'accès aux douches et à la cour extérieure devra être évalué en fonction de l'ampleur de l'écllosion, de la disponibilité des ressources humaines, de la configuration des lieux, et ce, en collaboration avec l'équipe du service de santé et la direction de santé publique.

Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion ¹
Déplacements internes	Visiocomparution si impossible de reporter Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Visiocomparution si impossible de reporter Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Visiocomparution si impossible de reporter Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Visiocomparution si impossible de reporter Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Visiocomparution si impossible de reporter Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale
Déplacement externe	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale	Comparution, si inévitable ² Rendez-vous médicaux indispensables ou urgence médicale
TRANSFERTS INTER-ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION					
Transfert entre établissements provinciaux.	Permis Privilegier les transferts entre régions de palier 1 et 2 .	Permis Privilegier les transferts entre régions de palier 1 et 2.	Aucun transfert, sauf si jugé inévitable par le DE	Aucun transfert, sauf si jugé inévitable par le DE	Aucun transfert, sauf si jugé inévitable par le DE en collaboration avec le service de santé et dans le respect des consignes de la santé publique.
Transfert entre établissements provinciaux et fédéraux	Permis	Permis	Permis	Permis	Aucun transfert, sauf si jugé inévitable par le DE en collaboration avec le SCC et le service de santé et dans le respect des consignes de la santé publique.
VISITES DES PROCHES AUX PERSONNES INCARCÉRÉES DE ZONE FROIDE					
Parloir sécuritaire	Permis dès la levée de l'arrêté ministériel 2020-004.	Permis dès la levée de l'arrêté ministériel 2020-004.	Suspendu	Suspendu	Suspendu
Parloir communautaire	Permis dès la levée de l'arrêté ministériel 2020-004.	Permis dès la levée de l'arrêté ministériel 2020-004.	Suspendu	Suspendu	Suspendu
SÉANCE DEVANT LA CQLC (Commission québécoise de libération conditionnelle)					
Séance devant la CQLC	Permis . En établissement de détention ou en	Permis . En établissement de détention ou en	Rencontres par visioconférence.	Rencontres par visioconférence.	Visioconférence si impossible de reporter.

Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion ¹
Important : Les consignes applicables pour les déplacements internes selon le secteur de provenance des PI doivent être respectées.	visioconférence selon le choix de la CQLC.	visioconférence selon le choix de la CQLC.			
RÉCEPTION DES BIENS PERSONNELS DES PI					
Réception d'effets personnels	Permis sans délai	Permis sans délai	Permis : délai de 72 h obligatoire entre la réception et la remise aux PI.	Permis : délai de 72 h obligatoire entre la réception et la remise aux PI.	Permis : délai de 72 h obligatoire entre la réception et la remise aux PI.
GESTION DE LA CLIENTÈLE INTERMITTENTE					
Intégration de la clientèle intermittente	Suspendu par décret	Suspendu par décret	Suspendu	Suspendu	Suspendu

Directives en vigueur dans les établissements de détention					
	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion ¹
SERVICES PROFESSIONNELS, PROGRAMMES ET ACTIVITÉS DESTINÉS AUX PI					
Évaluations – Professionnels MSP	Possible en personne avec PI de zone froide seulement. Pour les PI des autres zones , attendre la fin de l'isolement.	Possible en personne, avec PI de zone froide seulement. Pour les PI des autres zones , attendre la fin de l'isolement.	Possible en personne, en parloir sécuritaire et avec PI de zone froide seulement. Sinon lorsque possible, attendre la fin de l'isolement de la PI.	Possible en personne, en parloir sécuritaire et avec PI de zone froide seulement. Sinon lorsque possible, attendre la fin de l'isolement de la PI.	Téléphonique ou visioconférence

Directives en vigueur dans les établissements de détention					
	Nouvelle normalité		Mesures additionnelles		
Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion ¹
Programme Parcours (exclusif aux PI de zone froide) ⁵	Groupe restreint ⁵ de PI de zone froide (se référer au Guide Programme Parcours en temps de COVID-19).	Groupe restreint ⁵ de PI de zone froide (se référer au Guide Programme Parcours en temps de COVID-19).	Groupe restreint ⁵ de PI du même secteur de zone froide (se référer au Guide Programme Parcours en temps de COVID-19).	Groupe restreint ⁵ de PI du même secteur de zone froide (se référer au Guide Programme Parcours en temps de COVID-19).	Suspendu
Rencontre individuelle offerte par des ressources externes (exclusif aux PI de zone froide).	Possible en personne avec PI de zone froide seulement. Pour les PI des autres zones, attendre la fin de l'isolement.	Possible en personne avec PI de zone froide seulement. Pour les PI des autres zones, attendre la fin de l'isolement.	Parloir sécuritaire. Visioconférence. Appel téléphonique.	Visioconférence. Appel téléphonique.	Suspendu
Activités de groupe offertes par des ressources externes. (exclusif aux PI de zone froide).	Groupe restreint de PI de zone froide. Maximum de 10 participants de 3 secteurs différents.	Groupe restreint de PI de zone froide. Maximum de 10 participants de 2 secteurs différents.	Visioconférence pour groupe restreint d'un même secteur de zone froide dans le respect des consignes sanitaires.	Visioconférence pour groupe restreint d'un même secteur de zone froide dans le respect des consignes sanitaires.	Suspendu
Formation académique (MEQ) (exclusif aux PI en provenance de zones froides).	Possible selon les consignes gouvernementales du MEQ et les consignes PCI du MSSS (milieu fermé). Groupe restreint de PI de zone froide. Maximum de 10 participants de 3 secteurs différents.	Possible selon les consignes gouvernementales du MEQ et les consignes PCI du MSSS (milieu fermé). Groupe restreint de PI de zone froide. Maximum de 10 participants de 2 secteurs différents.	Visioconférence pour groupe restreint d'un même secteur de zone froide dans le respect des consignes sanitaires.	Visioconférence pour groupe restreint d'un même secteur de zone froide dans le respect des consignes sanitaires.	Suspendu
Services en employabilité	Possible en personne avec PI de zone froide seulement.	Possible en personne avec PI de zone froide seulement.	Parloir sécuritaire. Visioconférence.	Visioconférence. Appel téléphonique.	Suspendu

⁵ La salle utilisée doit pouvoir assurer le respect des mesures PCI en vigueur (hygiène des mains, port du masque de qualité médical et distanciation physique) exigées par la santé publique et qui sont applicables selon les paliers de transmission communautaire et disponible sur le site du MSSS.

Directives en vigueur dans les établissements de détention					
Nouvelle normalité		Mesures additionnelles			
Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Éclosion ¹
(exclusif aux PI en provenance d'une zone froide).	Pour les PI des autres zones, attendre la fin de l'isolement.	Pour les PI des autres zones, attendre la fin de l'isolement.	Appel téléphonique.		
Entrevue avec une PI ou un membre du personnel par un chercheur autorisé.	Possible en personne avec PI de zone froide seulement. Pour les PI des autres zones, attendre la fin de l'isolement.	Possible en personne avec PI de zone froide seulement. Pour les PI des autres zones, attendre la fin de l'isolement.	Visioconférence. Appel téléphonique.	Visioconférence. Appel téléphonique.	Suspendu
TRAVAUX D'INFRASTRUCTURES					
Établissements de détention (respect strict des mesures sanitaires par les travailleurs et EPI selon les zones)	Permis	Permis	Permis	Limité aux travaux essentiels	Limité aux travaux essentiels
VÉRIFICATION BIOMÉTRIQUE					
Établissement de détention	Possible dans le respect des consignes sanitaires.	Possible dans le respect des consignes sanitaires.	Possible dans le respect des consignes sanitaires.	Possible dans le respect des consignes sanitaires.	Suspendu
Quartiers cellulaires	Possible dans le respect des consignes sanitaires.	Possible dans le respect des consignes sanitaires.	Possible dans le respect des consignes sanitaires.	Possible dans le respect des consignes sanitaires.	Suspendu
MESURES POUR LE PERSONNEL					
Personnel affecté <ul style="list-style-type: none"> • En établissement • Aux transports • Au Palais de justice • Au service de santé 	Ne pas se présenter au travail si présence de symptômes et/ou contact avec un cas avéré ou en investigation. Recommandé : Mise d'un uniforme/vêtements propre	Ne pas se présenter au travail si présence de symptômes et/ou contact avec un cas avéré ou en investigation. Recommandé : Mise d'un uniforme/vêtements propre	Ne pas se présenter au travail si présence de symptômes et/ou contact avec un cas avéré ou en investigation. Obligatoire : Mise d'un uniforme/vêtements propre	Ne pas se présenter au travail si présence de symptômes et/ou contact avec un cas avéré ou en investigation. Obligatoire : Mise d'un uniforme/vêtements propre	Ne pas se présenter au travail si présence de symptômes et/ou contact avec un cas avéré ou en investigation. Obligatoire : Mise d'un uniforme/vêtements propre

Directives en vigueur dans les établissements de détention					
	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion ¹
	à l'arrivée sur le lieu de travail et retirer avant le départ.	à l'arrivée sur le lieu de travail et retirer avant le départ.	à l'arrivée sur le lieu de travail et retirer avant le départ.	à l'arrivée sur le lieu de travail et retirer avant le départ.	à l'arrivée sur le lieu de travail et retirer avant le départ.
	Respect des mesures sanitaires (hygiène des mains et port du masque) et de la distanciation physique.	Respect des mesures sanitaires (hygiène des mains et port du masque) et de la distanciation physique.	Respect des mesures sanitaires (hygiène des mains et port du masque) et de la distanciation physique.	Respect des mesures sanitaires (hygiène des mains et port du masque) et de la distanciation physique.	Respect des mesures sanitaires (hygiène des mains et port du masque) et de la distanciation physique.
	Port des ÉPI selon la zone d'affectation.	Port des ÉPI selon la zone d'affectation.	Port des ÉPI selon la zone d'affectation.	Port des ÉPI selon la zone d'affectation.	Port des ÉPI selon la zone d'affectation.
	Éviter si possible les déplacements entre les secteurs. Si inévitable, respect strict des mesures sanitaires en fonction des zones.	Éviter si possible les déplacements entre les secteurs. Si inévitable, respect strict des mesures sanitaires en fonction des zones.	Éviter si possible les déplacements entre les secteurs. Si inévitable, respect strict des mesures sanitaires en fonction des zones.	Éviter si possible les déplacements entre les secteurs. Si inévitable, respect strict des mesures sanitaires en fonction des zones.	Éviter si possible les déplacements entre les secteurs. Si inévitable, respect strict des mesures sanitaires en fonction des zones.

Directives en vigueur à la « Direction des Services professionnels correctionnels »					
Nouvelle normalité		Mesures additionnelles			
Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion (dans le milieu)
ACTIVITÉS DE LIAISON					
Liaison à la Cour (rencontre individuelle au palais de justice)	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Échanges numériques Prises de contact téléphoniques sauf pour la clientèle à besoin particulier. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Échanges numériques Prises de contact téléphoniques
ACTIVITÉS D'ÉVALUATION EN DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS CORRECTIONNELS (DSPC)					
Rapport présentenciel spécifique (RPS) régulier et spécifique (rencontre individuelle)	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires. -	Rencontres par visioconférence ou téléphoniques à privilégier, sauf pour la clientèle avec des besoins particuliers. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres par visioconférence ou téléphoniques à privilégier, sauf pour la clientèle avec des besoins particuliers. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres par visioconférence et téléphoniques
RBAC-PCQ/ évaluation spécialisée en délinquance sexuelle / évaluation sommaire – Avec ou Sans évaluation récente	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires. -	Rencontres par visioconférence ou téléphoniques à privilégier, sauf pour la clientèle avec des besoins particuliers. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres par visioconférence ou téléphoniques à privilégier, sauf pour la clientèle avec des besoins particuliers. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres par visioconférence et téléphoniques

Directives en vigueur à la « Direction des Services professionnels correctionnels »					
Nouvelle normalité		Mesures additionnelles			
Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion (dans le milieu)
Programme mesure de rechange générale (PMRG)	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	-Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres par visioconférence ou téléphoniques à privilégier, sauf pour la clientèle avec des besoins particuliers. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres par visioconférence ou téléphoniques à privilégier, sauf pour la clientèle avec des besoins particuliers. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres par visioconférence et téléphoniques
SUIVI EN COMMUNAUTÉ					
Suivi de conscientisation	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres en personne possible dans le respect des consignes sanitaires en alternance avec des rencontres par visioconférence ou téléphoniques.	Rencontres en personne possible dans le respect des consignes sanitaires en alternance avec des rencontres par visioconférence ou téléphoniques.	Rencontres en visioconférence ou téléphoniques
Suivi ASC-A / Heures de travaux communautaires	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres téléphoniques à privilégier, sauf pour la clientèle avec des besoins particuliers. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres téléphoniques à privilégier, sauf pour la clientèle avec des besoins particuliers. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Par téléphone
Suivi ASC-A / Clients en suivi Suivi par les agents de probation	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontre en personne possible dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres en personne possible dans le respect des consignes sanitaires en	Rencontres en personne possible dans le respect des consignes sanitaires en	Rencontres en visioconférence ou téléphoniques

Directives en vigueur à la « Direction des Services professionnels correctionnels »					
Nouvelle normalité		Mesures additionnelles			
Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion (dans le milieu)
			alternance avec des rencontres par visioconférence ou téléphoniques .	alternance avec des rencontres par visioconférence ou téléphoniques .	
Rencontre de liaison ARC (agent de relation communautaire). IC (intervenant communautaire)	Possibilité de tenir les rencontres en personne dans le respect des consignes sanitaires.	Possibilité de tenir les rencontres en personne dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres par visioconférence ou téléphoniques à privilégier, sauf si besoin particulier. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres par visioconférence ou téléphoniques à privilégier, sauf si besoin particulier. La rencontre en personne est alors dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres en visioconférence ou téléphoniques.
Rencontre de mise au point.	Possibilité de tenir les rencontres en personne dans le respect des consignes sanitaires.	Possibilité de tenir les rencontres en personne dans le respect des consignes sanitaires.	Possibilité de tenir les rencontres en personne dans le respect des consignes sanitaires.	Possibilité de tenir les rencontres en personne dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres en visioconférence ou téléphoniques.
Parcours (dans la communauté)	Possibilité de tenir des rencontres de groupe dans le respect des consignes sanitaires. Maximum de 10 participants.	Possibilité de tenir des rencontres de groupe dans le respect des consignes sanitaires. Maximum de 10 participants.	Rencontres de groupe suspendues. Rencontres individuelles possibles dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres de groupe suspendues. Rencontres individuelles possibles dans le respect des consignes sanitaires.	Suspendu
Vérification des sursitaires à domicile	Possibilité de faire des visites à domicile dans le respect des consignes sanitaires.	Possibilité de faire des visites à domicile dans le respect des consignes sanitaires.	Suspendu	Suspendu	Suspendu
AGENT DE PROBATION QUI ASSURE LA GARDE POUR LE MILIEU OUVERT					
Admission / accueil de nouveaux clients	Rencontres en personne permises, dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres en personne permises, dans le respect des consignes sanitaires.	Prioriser les rencontres par téléphone.	Prioriser les rencontres par téléphone.	Par téléphone

Directives en vigueur à la « Direction des Services professionnels correctionnels »					
Nouvelle normalité		Mesures additionnelles			
Activités	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Écllosion (dans le milieu)
			Rencontres en personne permises, si nécessaire, dans le respect des consignes sanitaires.	Rencontres en personne permises, si nécessaire, dans le respect des consignes sanitaires.	
Transfert d'une autre région	Permis	Permis	Par téléphone	Par téléphone	Par téléphone

20-210-296W

Directive ministérielle DGAPA-015.REV1

- Catégorie(s) :
- ✓ Trajectoires
 - ✓ Milieux de vie
 - ✓ Centre hospitalier
 - ✓ Milieu de réadaptation
 - ✓ NSA

Directives sur les zones tampons

Remplace la directive DGAPA-015
émise le 30 novembre 2020

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



Destinataires :	<ul style="list-style-type: none"> – Tous les CISSS et les CIUSSS <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les directions des programmes-services • Répondants NSA • Direction des services professionnels • Département régional de médecine générale – Établissements non fusionnés – Établissements COVID-19 désignés
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Directive

Objet :	<p>Dans le contexte actuel où la situation épidémiologique est contrôlée et que le nombre de cas est en diminution, il demeure important de maintenir des mesures de prévention et de contrôle des infections. Ainsi, il est important de réitérer que les zones tampons sont une solution de dernier recours et que compte tenu de la situation épidémiologique, elles devraient être utilisées de façon exceptionnelle. Ces zones sont des lieux transitoires permettant d'accueillir des usagers devant être dans un milieu de vie (centre d'hébergement et de soins de longue (CHSLD), ressource intermédiaire et de type familial (RI-RTF), résidence privée pour aînés (RPA), résidence à assistance continue (RAC) et autres milieux de vie. La mise en place des zones tampons vise uniquement à éviter la propagation de la COVID-19 dans ces milieux et d'éviter que certains usagers demeurent en centre hospitalier ou dans une autre ressource spécialisée (notamment des milieux de réadaptation) lorsque ce n'est plus requis.</p> <p>La mise à jour des directives sur les zones tampons vise à s'assurer que les zones tampons soient réservées uniquement aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique, etc.) ne permettent pas un isolement à la chambre ou lorsque l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type</p>
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>familial), et ce, en raison des risques liés à la propagation de la COVID-19 en période de pandémie.</p> <p>La présente directive sur les zones tampons s’inscrit en complémentarité avec les directives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> o DGAPA-001 portant sur la gradation des mesures dans les milieux de vie, o DGAPA-002 portant sur le plan NSA, o DGAPA-005 portant sur la 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, o DGAPA-010 Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie, o DGAPA-011 portant sur le plan de gestion des lits en CHSLD en contexte de pandémie à la COVID-19, o DGPPFC-008.REV1 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, o les différentes directives spécifiques à chaque milieu de vie et d’hébergement.
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> o Les usagers à référer en zone tampon; o Une zone tampon peut être dans une installation déjà existante ou être créée dans un site non traditionnel (SNT) selon l’organisation de services du territoire concerné; o Les types de zone tampon; o Organisation des lieux physiques de la zone tampon selon les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) : mise en place d’une zone chaude et d’une zone tiède; o Lors d’un séjour en zone tampon; o Personnel de la zone tampon; o Gestion des visites en zone tampon. <p>Des précisions sont apportées tout au long du document sur diverses mesures à implanter.</p>

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants
Documents annexés :	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

Original signé par

La sous-ministre adjointe,
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par

La sous-ministre,
Dominique Savoie



Directive

CONSIGNES POUR LES ZONES TAMPONS

1. La clientèle des zones tampons

- La zone tampon doit être considérée **uniquement** pour la période d'isolement des usagers qui ne peuvent :
 - Demeurer dans leur milieu de vie en raison de l'incapacité du milieu d'appliquer les consignes présentées dans les directives spécifiques PCI pour leur période d'isolement;
 - Suivre les consignes dans leur milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC).
- Ces personnes peuvent provenir :
 - Directement d'un milieu de vie;
 - Du CH ou d'un milieu de réadaptation avant qu'elles ne soient transférées dans leur milieu de vie antérieur ou nouveau milieu de vie.
- Le transfert de personnes atteintes de la COVID-19 ou suspectées ne peut se faire automatiquement vers une autre ressource (zone tampon ou centre hospitalier), cette décision doit être appuyée sur des critères cliniques pour l'usager. **La zone tampon doit être considérée comme la solution de dernier recours.**
- Les transitions sans valeur ajoutée pour l'usager doivent être évitées, autant que possible.
- Lorsque la période d'isolement est terminée en zone tampon, l'usager doit être redirigé vers son milieu de vie antérieur ou son nouveau milieu de vie s'il s'agit d'une admission ou une intégration.
- Le passage en zone tampon n'est pas requis :
 - Pour les usagers pour lesquels le milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RAC ou RPA) ou de réadaptation est adéquat pour respecter les conditions liées à l'isolement **et où** les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont appliquées.

2. Où trouve-t-on des zones tampons ?

- Une zone tampon peut être, selon l'organisation de services du territoire concerné, située :
 - A) Dans un site traditionnel (ST) soit une installation déjà existante sur le territoire:
 - Dans des locaux d'une installation du RSSS n'ayant pas la mission CHSLD, par exemple, une section d'un centre hospitalier non utilisée ou autre local.
 - Dans le même immeuble qu'un CHSLD à la condition d'avoir des entrées distinctes pour la zone tampon et que l'on retrouve du personnel dédié.
 - B) Dans un site non traditionnel (SNT) (ex. dans un hôtel, aréna).
- L'utilisateur dans une zone tampon peut être considéré comme admis ou inscrit, selon le type de zone tampon.
- Une zone tampon est différente d'une zone chaude, tiède et froide qui doivent être mises en place dans des milieux de vie afin de cohorter les usagers selon les pratiques PCI lorsqu'il y a des cas suspectés ou confirmés de COVID-19.
- Il n'est pas nécessaire de conserver une zone tampon (dans un site traditionnel (ST) ou dans un site non traditionnel (SNT) si elles ne sont pas utilisées. L'important est de prévoir des modalités pour dédier un site COVID-19+ sur le territoire ou un site afin qu'une zone tampon soit mise en place lorsque requis, et ce, dans un délai acceptable.

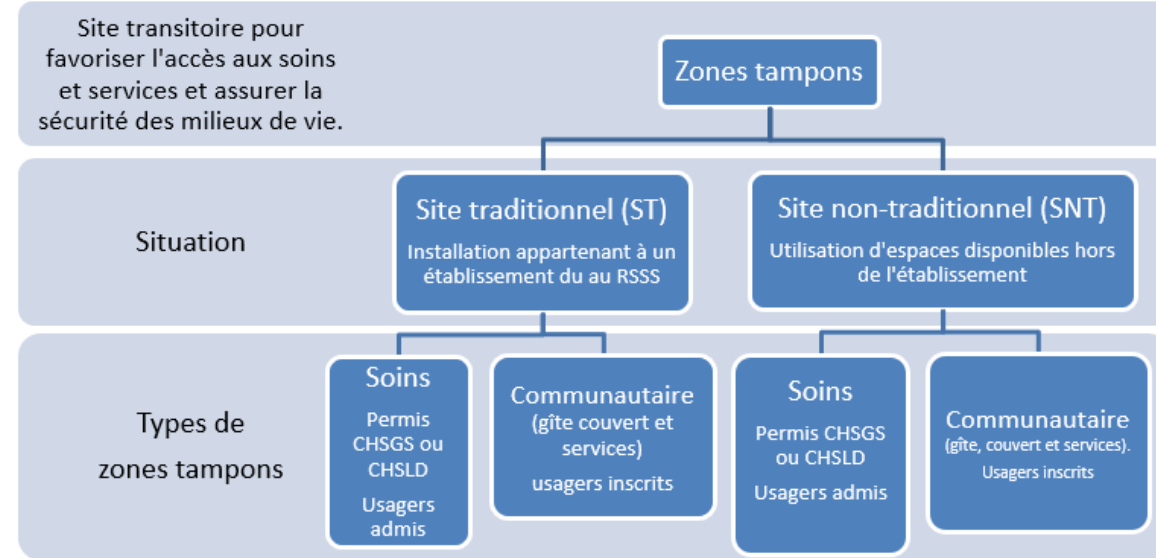
3. Les types de zones tampons

Il existe deux types de zones tampons qui donneront lieu à des permis différents :

- A- La zone tampon de type soins et services, où la clientèle est admise, est une ressource d'hébergement transitoire qui offre l'ensemble des services de santé et d'assistances requis par l'utilisateur.
- B- La zone tampon de type communautaire, où la clientèle est inscrite (clientèle RPA, domicile ...), est une ressource visant à offrir les services non professionnels (repas, ménage ...) et certains services professionnels de base. Les services pharmaceutiques peuvent provenir de la pharmacie communautaire. Les services médicaux peuvent être offerts selon les lettres d'ententes.

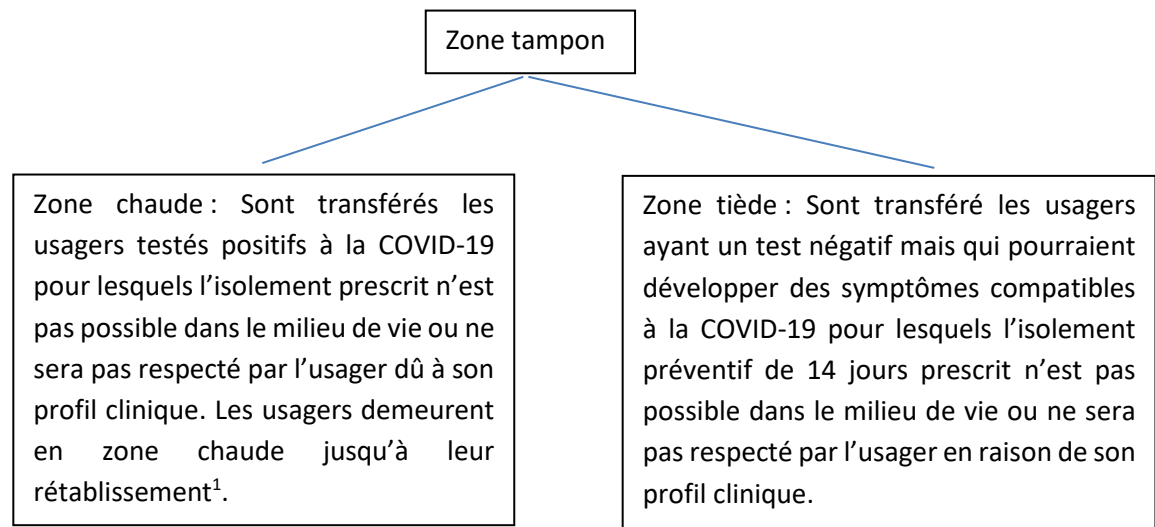
Différents types de zones tampons peuvent être créés sur un même territoire, car l'environnement physique doit permettre de répondre aux besoins et caractéristiques de la clientèle.

Schéma zones tampons



4. Organisation des lieux physiques de la zone tampon selon les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) : mise en place d'une zone chaude et d'une zone tiède

- L'organisation des lieux se fera en deux zones distinctes et ne doit pas permettre aux usagers et ni au personnel de circuler d'une zone à l'autre.



- La zone chaude et la zone tiède doivent être distinctes et clairement identifiées (entrées, sorties, zone d'habillage et de déshabillage, aire de repas et de repos, aire de préparation de la médication et entreposage du matériel) afin que les employés de chaque zone ne soient pas en contact entre eux.

- En zone tampon, le personnel doit porter les équipements de protection individuelle selon les indications de la CNESST. Pour ce faire, se référer, notamment, au *Guide de normes sanitaires en milieu de travail pour les installations publiques et privées d'hébergement et de soins pour personnes âgées – COVID-19*.
- Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles en quantité suffisante et être utilisés de façon adéquate et judicieuse.

5. Lors d'un séjour en zone tampon

- Si possible chaque usager devrait avoir une chambre individuelle avec salle de toilette dédiée en zone tiède de la zone tampon. Ce type d'organisation physique est particulièrement important pour les usagers qui se trouvent dans cette zone pour éviter une possible transmission. L'équipement de protection individuelle contre la transmission gouttelettes-contact (blouse, gants, masque de procédure et protection oculaire) doit être retiré avant de sortir de la chambre afin d'éviter de contaminer l'environnement. Si l'utilisateur développe des symptômes durant son séjour dans la zone tiède, un test de dépistage est requis. En attendant le résultat du test, l'utilisateur demeure en zone tiède.
- Une attention particulière doit être portée aux usagers ayant eu un test de dépistage négatif ayant des comportements d'errance ou n'étant pas en mesure de comprendre les consignes de confinement et les risques de contamination qui doivent être transférés dans une zone tiède. Un accord doit être pris avec la famille pour convenir des mesures à adopter.
- Il est requis de surveiller les signes, les symptômes et les particularités de tous les usagers (pour les personnes âgées, se référer aux annexes afférentes dans la directive CHSLD).

6. Personnel de la zone tampon

- On retrouve du personnel dédié distinctement pour chacune des zones, la chaude et la tiède. On doit limiter le nombre de personnes différentes qui interviennent auprès d'un même résident.
- Le personnel doit être en nombre suffisant pour répondre aux besoins des usagers et assurer la qualité des soins et des services.
- Suivre les recommandations sur la levée des mesures d'isolement dans la population en général et sur les mesures d'isolement des travailleurs de la santé disponible sur le site web du MSSS.
- Réaliser une vigie de l'état de santé des employés dès l'arrivée sur les lieux de travail.
- Réaliser une autoévaluation personnelle des symptômes à l'aide du questionnaire disponible sur le site de l'INSPQ à l'adresse suivante :
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19>.

- Retourner à la maison tout travailleur :
 - présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19;
 - ayant reçu une consigne d'isolement;
 - en attente d'un résultat de test ou ayant reçu un diagnostic de COVID-19.
- Le personnel devrait être formé aux meilleures pratiques en matière de PCI pour la zone à laquelle les personnes sont attirées ainsi qu'à une formation clinique pour répondre aux besoins à la clientèle aînée en contexte de pandémie.
- Un taux d'observance de 100 % de l'hygiène des mains doit être visé sur tous les quarts de travail. Cela signifie que le personnel se lave les mains à toutes les occasions où cela est recommandé (à l'entrée et à la sortie de l'installation, avant et après avoir touché son masque, avant et après l'entrée dans la chambre d'une personne, avant et après avoir fourni des soins, après avoir été en contact avec des liquides biologiques, à toutes étapes du retrait de l'ÉPI, etc.).
- Une application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques adapté selon la clientèle doit être implantée et respectée. Les surfaces fréquemment touchées « high touch » dans les chambres et dans les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées **au moins une fois par jour**.
- Un gestionnaire sur place doit être identifié comme responsable PCI. Cette personne sera en mesure d'intervenir pour corriger les situations. Elle doit également s'assurer du respect et du maintien des bonnes pratiques en tout temps. Le gestionnaire peut être soutenu par une personne formée en PCI tel un champion PCI.

7. Gestion des visites en zones tampons :

- Les personnes proches aidantes¹ et les visiteurs² sont admis dans les zones tampons, et ce, sous réserve du respect des conditions spécifiques qui sont les mêmes que celles présentées dans les directives sur les personnes proches aidantes et visiteurs qui s'appliquent en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA. **Pour ce faire, se référer aux directives gradation des mesures dans les milieux de vie (DGAPA-001)** disponibles sur le site web du MSSS.
- Seules les personnes proches aidantes peuvent se rendre en zone chaude de la zone tampon.

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

Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les PPA.


² Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique.

Directive ministérielle

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

Directives sur la couverture médicale dans les milieux de vie pour aînés (CHSLD, RI-RTF, RPA) en contexte de pandémie de la COVID-19

Remplace la directive émise le 1^{er} février 2021 (DGAPA-017.REV2)

Expéditeur :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)		Destinataires :	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements fusionnés) : <ul style="list-style-type: none"> • Directeurs du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA); • Directeurs des services professionnels (DSP); • Directeurs des soins infirmiers (DSI); • Chefs de département régional de médecine générale (DRMG). - Directeurs de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) - Directeurs de santé publique
--------------	-------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Directive

Objet :	<p>Les personnes aînées qui résident dans les CHSLD, les RI et certaines d'entre elles vivant en RPA ou recevant des services de soutien à domicile (SAD) sont particulièrement vulnérables à une infection du coronavirus COVID-19, notamment par leur condition de santé, leur promiscuité et leur âge.</p> <p>La première vague a révélé des enjeux au niveau de la stabilité, de l'étendue et du maintien de la couverture médicale tant dans les CHSLD que dans les autres milieux de vie pour aînés (MVA) du Québec. Par ailleurs, la réaffectation médicale, essentielle au maintien des activités dans plusieurs milieux pendant la première vague, ne peut assurer à elle seule la pérennité de la couverture médicale en 2^e vague.</p> <p>Par conséquent, afin d'améliorer la qualité des services médicaux des MVA pour les résidents et leurs proches, de consolider la gouvernance des CHSLD, d'assurer la couverture en effectifs médicaux et la prise en charge médicale des résidents ainsi que de renforcer le soutien aux équipes médicales sur place dans les MVA ou aux équipes déployées, diverses mesures doivent être mises en place. Elles seront également accompagnées de documents afférents pour faciliter leurs applications.</p>
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implanter et avoir recours à l'équipe médicale de type ÉMI [médecins/infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL)] afin de renforcer les équipes médicales de base des MVA lors d'éclosion et de prodiguer des soins médicaux soutenus dans les milieux de vie. ✓ Assurer en CHSLD une saine gestion opérationnelle et favoriser une agilité dans la prise de décision ayant un impact sur la qualité des soins, des services et du bien-être des résidents en mettant en place la cogestion médico-clinico-administrative qui s'actualise par le gestionnaire identifié comme responsable du CHSLD et un médecin cogestionnaire. ✓ Mettre en place le <i>Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD selon les niveaux d'alerte des établissements</i>. Ce guide vise à développer et à préserver l'offre de services médicaux dispensés aux personnes vulnérables en CHSLD afin de leur offrir des soins et des services sécuritaires. Il vise également à orienter les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans l'identification des activités à maintenir, à réduire, à adapter ou à cesser, en fonction du palier d'alerte des établissements et des CHSLD publics et privés conventionnés. ✓ Promouvoir la mise en place de l'utilisation du <i>Guide pour la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19</i>. Ce guide s'adresse à tout professionnel du réseau de la santé et des services sociaux ayant un rôle à jouer dans la prise en charge médicale des résidents en CHSLD publics et privés conventionnés (ex. : médecins déjà actifs dans les CHSLD ou ceux réaffectés dans ces milieux ainsi qu'aux IPSPL). Le MSSS invite également les médecins impliqués dans la gestion des CHSLD (ex. : cogestionnaires) et les gestionnaires responsables à s'approprier le contenu du guide. ✓ Soutenir les objectifs et les principes sur lesquels devraient s'appuyer la priorisation et l'organisation des services médicaux en MVA ainsi que diverses recommandations émises par les sous-comités des services médicaux en MVA; ceci comme le présente le <i>Plan provincial d'organisation des services médicaux pour les milieux de vie pour aînés</i>.
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : S. O.

Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)
Documents annexés :	<p>Directives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiche descriptive – Équipe médicale d'intervention (ÉMI) en milieu de vie pour aînés (MVA); • Fiche descriptive – Cogestion en centre d'hébergement de soins de longue durée; • Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD selon les niveaux d'alerte des établissements; • Guide pour la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19; • Plan provincial d'organisation et de priorisation des services médicaux pour les milieux de vie pour aînés. <p>Documents afférents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Milieux de vie et aide à l'organisation de la couverture médicale selon les variables suivantes : vulnérabilité des usagers et disponibilité des services sur places; • Résumé – Milieux de vie pour aînés et aide à l'organisation de la couverture médicale selon les variables suivantes : vulnérabilité des usagers et disponibilité des services sur place;

Émission :	30-11-2020
------------	------------

Mise à jour :	12-07-2021
---------------	------------

	<ul style="list-style-type: none">• Algorithme CHSLD pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19;• Algorithme RPA pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19;• Algorithme RI-RTF pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19;• Outil de communication – Services médicaux en milieux de vie pour aînés.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 DGAPA,
Natalie Rosebush

Original signé par

La sous-ministre adjointe DGAUMIP,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par

La sous-ministre,
Dominique Savoie

Description :

L'ÉMI est une équipe médicale [médecins\infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)] pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle est en renfort aux équipes médicales de base des MVA¹, aux médecins réaffectés dans ces milieux et d'autres médecins des équipes déployées comme le médecin microbiologiste de l'équipe PCI.

Composition :

2-3 médecins/IPSPL en disponibilité² (préalerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier³ avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :

Prête à être déployée de 24/48 heures d'avis dans un MVA. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans un MVA en éclosion. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

L'équipe se place en préalable sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux. Cette préalable survient dès l'annonce d'une éclosion jugée difficile à contrôler. L'ÉMI sera déployée également à la demande des coordonnateurs, ceux-ci étant sous la gouverne du directeur des services professionnels (DSP) ou du département régional de médecine générale (DRMG).

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité² afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge, une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail. Le nombre d'ÉMI est relatif aux nombres de MVA (ou unités) pouvant nécessiter un soutien aux équipes dans les milieux de vie en éclosion ainsi qu'aux particularités géographiques du territoire.

L'ÉMI intervient davantage dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), mais pourrait aussi appuyer les équipes de ressources intermédiaires (RI)/résidence privée pour aînés (RPA)/soins à domicile (SAD) et de sites non traditionnels de soins (SNT) qui répondent aux conditions d'application.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base sur place suffisent à nouveau aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et leur intégrité sont assurées. Dans les faits, on parle de 3-4 semaines au maximum. Ceci correspond au temps moyen de l'éclosion. Le retrait des ÉMI est aussi régi par le coordonnateur local des effectifs médicaux sous la gouverne du DSP et/ou DRMG.

Les tâches attendues pour les membres de l'ÉMI sont :

- Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
 - Contacter l'équipe de soins ou autres professionnels concernés;
 - Prendre connaissance des lieux;
 - Prendre connaissance des besoins en soutien des équipes en place;
- Réaliser toutes tâches attendues de l'équipe traitante de garde.

Prérequis :

- Avoir constitué la banque de médecins disponibles sur le territoire afin d'assurer une couverture. Cette banque devrait être composée en priorité de médecins ayant des connaissances et/ou de l'expérience auprès de la clientèle vulnérable aînée résidant en MVA. Pour les médecins non initiés à la pratique en MVA et/ou auprès de la clientèle vulnérable aînée, il est conseillé de procéder à un pairage avec un médecin expérimenté, lorsque possible.
- Avoir identifié les médecins et IPSPL disponibles par semaine pour un ou plusieurs ÉMI.
- Chaque jour, s'informer des MVA à risque d'éclosion ou en éclosion et vérifier les besoins de renfort.
- Informer les médecins et IPSPL non initiés à la pratique en MVA et auprès des aînés de l'existence des Guides de prise en charge des usagers en MVA [CHSLD, RPA, RI-ressource de type familial (RTF)] ainsi que les capsules de formation sur le site provincial de l'environnement numérique d'apprentissage (notamment sur les équipements de protection individuelle et la prévention et le contrôle des infections).
- **Conditions d'application des ÉMI :**
 - . Milieu de vie peut permettre des soins sur place (unité) avec personnel requis (interne et externe).
 - . Accueil des ÉMI par l'équipe locale et leadership à conserver par l'équipe locale.

Les avantages

- Réponse plus rapide aux besoins de support des MVA en éclosion;
- Diminution des transports vers les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ou SNT par manque de ressources médicales;
- Assurer une vigie sur l'ensemble de la clientèle du MVA et ainsi éviter la propagation de l'éclosion dans le MVA;
- Assure un soutien aux collègues pratiquant dans ces MVA ou SNT de façon régulière;
- Assurer une couverture médicale proportionnelle aux besoins dans un MVA en éclosion.

Les indicateurs⁴

- Nombre médecins identifiés aux équipes ÉMI;
- Nombre d'équipes ÉMI déployées;
- Nombre de MVA dans l'impossibilité d'avoir accès aux ÉMI;
- Durée de déploiement de l'ÉMI (nombre de jours de l'affectation des médecins en ÉMI);
- Nombre de jours en disponibilité ÉMI.

¹ Les autres usagers présents dans un même milieu en éclosion desservi par une ÉMI, par exemple en CHSLD, RI-RTF, sont également visés par cette équipe de soins médicaux.

² Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.

³ La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectif expert, le pairage ou le monitoring avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

⁴ La plateforme Reffect MD est l'outil envisagé pour le suivi de ces indicateurs; il en revient aux établissements la responsabilité de mettre à jour leurs données dans la plateforme.

Description :

La cogestion est une approche moderne intégrée par laquelle le processus réflexif et la prise de décision sont partagés entre deux individus ayant des expertises différentes, mais hautement complémentaires. Les cogestionnaires appartiennent habituellement à deux directions (clinique et administrative) distinctes. Elle s’inscrit dans une culture organisationnelle innovante et trouve sa pertinence et sa légitimité sur le long terme, pour l’amélioration continue du système et des soins et des services aux usagers.

Objectifs de la cogestion :

La cogestion médico-clinico-administrative a généralement pour objectif d’assurer une saine gestion opérationnelle, de favoriser une agilité dans la prise de décision ayant un impact sur la qualité des soins, des services et du bien-être des résidents. Cette dernière assure également une réponse ajustée selon l’évolution des besoins.

Dans un contexte de crise :

La cogestion permet de gagner de la vélocité pour des prises de décisions rapides lorsque l’urgence de la situation l’exige et les délais induits peuvent avoir des impacts délétères pour la santé, le bien-être et la vie des résidents en centres d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Composition de la cogestion :

Elle s’actualise à travers deux personnes, soit le gestionnaire identifié comme responsable du CHSLD et un médecin cogestionnaire dudit CHSLD. Les chefs d’unité et les autres médecins du CHSLD peuvent aussi être appelés à collaborer.

Fonctionnement :

La cogestion se décline en deux niveaux de gouverne. L’une est à l’échelle du CHSLD et implique les cogestionnaires ci-avant identifiés. L’autre concerne soit le territoire du centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) ou celui d’un ou plusieurs réseaux locaux de services. Celle-ci vient en soutien aux cogestionnaires locaux des installations, entre autres, pour communiquer des directives, coordonner des ressources médicales ou assurer une escalade des enjeux vécus sur le terrain à la haute direction de l’établissement. « Le niveau territorial implique également deux cogestionnaires soit un directeur de l’hébergement ou un directeur adjoint au Programme de Soutien à l’autonomie des personnes âgées (SAPA) et un médecin cogestionnaire des services médicaux en hébergement qui assurent la cogestion de plusieurs CHSLD sur un territoire donné. » Il peut notamment s’agir du chef médical des services d’hébergement ou d’un directeur des services professionnels (DSP) adjoint.

Lorsqu’il y a écloison, la cellule de crise locale pour la gestion des écloisions est activée. Les cogestionnaires du CHSLD participent à cette cellule de crise et assurent le leadership en ce qui a trait aux décisions médico-clinico-administratives.

Responsabilités partagées des cogestionnaires locaux (installation, CHSLD) et des cogestionnaires territoriaux (CISSS et CIUSSS ou sous-territoire) :

1. S’assurer de la qualité des services médicaux et de la sécurité du milieu de vie pour les résidents et leurs proches dans le contexte de la COVID-19;
2. S’assurer que les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont appliquées rigoureusement;
3. S’assurer d’une cohérence et d’un équilibre dans le déploiement de l’offre de services médicaux, en respect de l’approche milieu de vie préconisée en CHSLD. Il s’agit de conciliation des approches “milieu de soins/milieu de vie”;

4. Mettre en œuvre les directives, orientations, cadres de référence et meilleures pratiques dans les CHSLD en assurant le maintien du lien essentiel entre les résidents, leur famille et les personnes proches aidantes (PPA);
5. Soutenir les équipes en place, notamment la cellule de crise.

Responsabilités spécifiques du médecin cogestionnaire :

- En collaboration avec les instances concernées telles que le médecin responsable de l’hébergement au niveau régional/territorial, aider à la coordination des effectifs médicaux afin d’assurer les services aux usagers du CHSLD (ex. : communiquer les besoins d’effectifs, réaliser la liste de garde);
- Participer à des communications régulières avec le médecin responsable des services médicaux en hébergement pour sa région afin d’assurer une circulation bidirectionnelle des informations entre le CISSS et le CIUSSS ainsi que les médecins du CHSLD;
- Participation au mécanisme de concertation prévu (ex. : rencontres locales régulières avec le coordonnateur des soins (ex. : chef d’unité) pour assurer une cohérence médico-clinico-administrative dans la prise de décisions administratives pouvant avoir un impact sur les soins et les services (notamment, le matériel et l’équipement médical);
- Guider les médecins réguliers et dépanneurs moins familiers avec la pratique en soins de longue durée;
- Implication dans des projets spéciaux ou autres projets impliquant des aspects cliniques du centre comme la télémédecine, le projet Optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services-OPUS, la diminution des transferts hospitaliers non requis, etc.;
- Poursuivre ses activités cliniques en adéquation avec les besoins.

Prérequis :

- Assignation des deux cogestionnaires à un CHSLD;
- Utilisation des approches cliniques et de gestion suivante : approche collaborative, gestion des risques, approche centrée sur la personne, approche gériatrique;
- Autonomie décisionnelle des cogestionnaires en CHSLD favorisant une agilité et une efficacité de la cogestion;
- Mécanisme permettant d’escalader les difficultés non résolues aux cogestionnaires régionaux/territoriaux, soit le directeur de l’hébergement ou le directeur adjoint SAPA ainsi qu’un médecin responsable des services médicaux en hébergement sur le territoire;
- Canaux de communication clairement établis et engagement ferme des directions clés, notamment SAPA, DSP et la Direction des soins infirmiers (DSI) pour un soutien lorsque requis. Le médecin responsable des services médicaux en hébergement devant avoir un accès direct à la DSP;
- Disponibilité de toutes les directions concernées pouvant être appelées à collaborer à la cogestion, surtout en contexte d’écloison, dont la direction des services multidisciplinaires, la direction des services techniques, la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et la direction régionale de santé publique;
- Concertation avec la DSI, laquelle, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est responsable de la qualité des pratiques professionnelles pour les intervenants suivants : préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières et responsables de la PCI dans l’établissement.

Avantages :

- Une gouverne des CHSLD publics et privés conventionnés renforcée;
- Une gestion de proximité plus efficiente et respectueuse des besoins des résidents, des familles ainsi que des PPA;

- Une prise de décision rapide et concertée selon les responsabilités inhérentes à chacun, soit administrative ou clinique;
- Une communication fluide et une agilité d'action;
- Une cohésion entre l'approche milieu de vie et milieu de soins tenant compte du contexte de vulnérabilité des usagers;
- Un regard médical complémentaire et en soutien aux autres intervenants.

Indicateurs :

- Nombre de médecins cogestionnaires sur le nombre de CHSLD
- Plan d'action déposé incluant :
 - Mécanisme de coordination, concertation et communication mis en place (rencontres, cahier de communication, etc.) et fréquence d'utilisation;
 - Évolution et ajustement desdits mécanismes lors d'éclosion (ex. : constitution et fonctionnement de la cellule de crise).

Contexte :

Depuis le début de la pandémie, des éclosions se sont déclarées dans plusieurs milieux de vie pour aînés, dont les CHSLD. Comme les personnes y étant hébergées représentent une clientèle plus vulnérable à la COVID-19, des soins aigus ont dû leur être prodigués sur place. Ce contexte a mis à l'épreuve la conciliation entre l'approche des milieux de vie habituellement déployée dans ces centres d'hébergement et l'approche de soins que l'on retrouve généralement en unité de courte durée.

Cette nouvelle réalité a exigé des gestionnaires responsables de ces milieux de vie de s'adapter rapidement aux besoins des résidents, dont la santé est habituellement précaire et pour laquelle un transfert vers un autre milieu ou un centre hospitalier peut représenter un risque à la santé significatif, pour ne pas dire fatal. Par conséquent, les médecins traitants en CHSLD, les équipes de soins et le personnel de soutien ont rapidement été sollicités et ont dû offrir des soins actifs de longue durée.

De plus, l'évolution rapide de la situation lors d'éclosions exige des prises de décisions cliniques et opérationnelles pratiquement immédiates, nécessitant des connaissances du milieu de vie CHSLD, des ressources humaines, matérielles et financières, ainsi que des connaissances médicales. Ces décisions s'appuient sur la gestion du risque dont les variables peuvent impacter la santé et la vie d'un, de plusieurs ou de l'ensemble des résidents du milieu de vie ainsi que celles du personnel.

Cette situation a impliqué une gestion médicale plus importante nécessitant des interventions rapides et une vigilance des symptômes plus soutenue afin d'assurer le monitoring de l'évolution des éclosions avec les experts PCI et d'orienter les décisions quant au dépistage.

Dans ce contexte, considérant les différents enjeux pour la santé et la vie des résidents, le médecin s'avère un cogestionnaire incontournable.

Bien que la cogestion soit incarnée par deux personnes décisionnelles compétentes, la qualité des décisions prises par cette dyade dépend de la qualité de concertation et de communication avec les acteurs clés intervenants dans les CHSLD. La consultation et la concertation avec les infirmières et les équipes de soins, les experts de la PCI, les équipes de soutien technique (entretien salubrité, approvisionnement, etc.) font aussi partie des facteurs de réussite.

Par ailleurs, pour s'assurer de la pertinence des décisions prises, il est nécessaire de connaître les besoins des usagers, du personnel ainsi que de la situation clinique et pandémique. Pour ce faire, le personnel en place, dont

les infirmières ayant une expertise et des connaissances des soins en CHSLD doivent être impliquées.

Un autre facteur de réussite consiste à bien naviguer et maintenir l'équilibre dans un milieu où coexistent deux approches : milieu de vie et milieu de soins. À la suite d'un rapport de la Commission de la santé et des services sociaux portant sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD soulignant les tensions entre les milieux de soins et le milieu de vie. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a été mandaté afin de documenter la situation et de proposer des pistes de solutions. Ainsi, selon une récente publication de l'INESSS intitulée *Conciliation du milieu de soin et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, les auteurs de cette publication identifient les principales tensions et les moyens potentiels pour favoriser l'équilibre. Le modèle de cogestion constitue une pierre angulaire pour créer l'équilibre recherché.

En contexte d'éclosion, l'approche de soins doit s'imposer pour répondre aux besoins de soins de santé aigus des usagers. Lors du retour à la normale, les approches habituelles ont préséance.

Quatre grands principaux regroupements de tensions, soit les tensions associées à :

1. La réponse aux besoins d'intégrité physique et de bien-être émotionnel;
2. La prise en compte de l'individualisation dans un contexte de collectivité;
3. Les relations interpersonnelles;
4. L'organisation des soins et services.

Les moyens proposés par type de tension :

La réponse aux besoins d'intégrité physique et de bien-être émotionnel :

- Gestion des risques;
- Approche centrée sur la personne;
- Prise de décision partagée.

La prise en compte de l'individualisation dans un contexte de collectivité :

- Regroupement en micro-milieu de clientèles semblables dans une unité (*principe de bulle¹).

Les relations interpersonnelles :

- Approche de promotion de la santé et du bien-être pour tous les acteurs du milieu;
- Implication et soutien des proches;
- Stratégies de communication;
- Assignation stable du personnel aux résidents.

L'organisation des soins et services :

- Personnel en quantité suffisante;
- Routine de travail flexible;
- Redéfinition des rôles et tâches des divers intervenants;
- Communication d'information clinique et organisationnelle.

Le médecin en cogestion en CHSLD a une approche de soins de longue durée en milieu de vie. Ce médecin a une expertise avec la clientèle vulnérable des CHSLD et comprend la coexistence du milieu de vie et les soins. Son approche est en fonction des bons soins au bon moment au meilleur endroit pour l'utilisateur en fonction de sa volonté, de sa condition et de son contexte particulier.

Documents consultés

- Guide COVID de la communauté de pratique pour les médecins en CHSLD;
- Guide de Préparation et gestion COVID-19 : Top 10 + Checklists : Check List (Comité directeur de la communauté de pratique);
- INESSS (2020) *Conciliation du milieu de soin et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*;
- MSSS (2018) Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>;
- Revue de la littérature ciblée : La cogestion médico-administrative au Québec : définitions et enjeux de mise en œuvre (HEC). <https://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2021/09/Revue-de-la-litterature-Cogestion-VF6.pdf>;
- Trousse de préparation aux éclosions et Trousse de gestion d'éclosion de la DRSP de Montréal (DRSP et équipe élargie du comité de coordination récent).

¹ Concept de bulle sociale : le concept de bulle sociale consiste en un regroupement de 10 ou 12 personnes maximum au sein duquel il y a un assouplissement de certaines mesures, dont celle de la distanciation physique. Le groupe de résidents doit toujours être le même lors des activités et bénéficier des services fournis par la même équipe d'intervenants.

GUIDE DE DÉLESTAGE ET DE RÉORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHSLD ET AUTRES MILIEUX DE VIE POUR ÂÎNÉS SELON LES NIVEAUX D'ALERTE DES ÉTABLISSEMENTS¹

Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) et Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)

En période de pandémie, il apparaît nécessaire de revoir la priorisation des activités médicales habituellement offertes, tant sur le plan de l'organisation des services que du délestage d'activités. Ce document est un guide de délestage et de réorganisation des services médicaux à prioriser selon le niveau d'alerte ou la présence d'éclosion en milieux de vie pour aînés (MVA). Le texte qui suit a pour objectif d'orienter les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans l'identification des activités à maintenir, adapter, réduire ou cesser, en fonction du **niveau d'alerte des établissements**^{1 2} et non en fonction des paliers d'alerte communautaires promulgués par les directions régionales de santé publique. Le délestage et la réorganisation des soins et services médicaux doivent servir à la réaffectation des médecins et IPS vers les MVA prioritaires. L'objectif de ce délestage et d'organisation des services en fonction du niveau d'alerte des établissements est de développer et préserver l'offre des services médicaux dispensés aux **personnes vulnérables**³ en MVA afin de leur fournir des soins et services sécuritaires.

Les activités à délester ou à conserver indiquées dans le présent guide ne représentent que des **suggestions (et non des obligations formelles)** à chacun des niveaux d'alerte et lors d'éclosion en MVA, les praticiens des GMF/GMF-U/CR, des cliniques médicales ainsi que les cliniciens rattachés au SAD d'un CI(U)SSS ou d'un de ses sous-territoires ne sont pas tenus de mettre en place l'ensemble de ces recommandations, si la situation ne l'exige pas.

Le texte qui suit se présente ainsi :

- Les règles et directives sur lesquelles s'appuient les recommandations pour le délestage et l'organisation des services médicaux dans tous les types de MVA.
- Trois tableaux dans lesquels sont précisées l'organisation des services et ses activités médicales et celles des IPS qui sont à prioriser, selon le niveau d'alerte de l'établissement en CHSLD.
- Un tableau qui présente les activités à prioriser en RPA et RI-RTF. Cette section vient souligner l'importance du rehaussement et de l'organisation des services médicaux et des IPS dans ces types de MVA.

¹ L'établissement signifie ici le CI(U)SSS.

² Critères de vulnérabilité :

- Personnes de 70 ans et plus;

- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf;

- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. (référer à la page 4 de ce selon l'avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique, page 4 : pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf)

- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);

- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

³ Le niveau d'alerte des établissements est différent des paliers d'alerte communautaires promulgués par la santé publique. Bien qu'ils soient interreliés, le niveau d'alerte est davantage axé sur la réalité de l'établissement. Ce dernier est édicté par la santé publique en fonction du degré de transmission communautaire (<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/>). Tandis que le « NIVEAU » d'alerte est en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Le « NIVEAU » d'alerte nous paraît davantage pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité RH, etc.

RÈGLES ET DIRECTIVES

Les recommandations pour les activités à délester ou à conserver s'appuient sur les règles et les directives ci-dessous :

Principales règles cliniques :

- Approche personnalisée et de gestion de risque.
- Approche centrée sur les besoins, valeurs, préférences et la condition de santé de l'utilisateur.
- Priorisation des activités basée sur la vulnérabilité des usagers.
- Vigilance : assurer une vigie sur les personnes ayant connu une diminution de leurs services en raison du délestage.

Directives :

- Même en instauration de délestage, maintenir une couverture médicale par les médecins traitants et IPS en MVA.
- Advenant la nécessité de rehausser les effectifs médicaux, vous référer au coordonnateur de la réaffectation médicale qui pourra consulter la plateforme Reaffect MD (donne un portrait des effectifs médicaux disponibles pour un territoire donné).
- Assigner aux MVA, des médecins et des IPS lors d'éclosion en s'assurant de ne pas doubler les services, mais de voir à une collaboration, support et assistance au médecin/IPS le plus familier avec l'utilisateur.
- Les médecins et IPS ayant une connaissance et une expérience auprès des personnes âgées vulnérables devraient être prioritairement assignés aux gardes ou mécanismes prévus dans la couverture des MVA.
- Adapter la modalité de consultation et d'intervention en fonction de la situation clinique du patient.
- Optimiser le plus possible l'offre de soins en MVA pour éviter les hospitalisations non nécessaires.
- Statuer sur ou valider le niveau de soins (niveau d'intervention médicale) pour chacun des résidents sous sa responsabilité.
- Réviser le profil médicamenteux de chaque résident sous sa responsabilité et préconiser des alternatives pharmacologiques qui simplifient les soins, si cliniquement possibles, en concordance avec les effectifs en place (ex. : formulation médicamenteuse orale plutôt que QID, voie PO plutôt que IV, etc.). S'allier le support du pharmacien si nécessaire.

Rappel de règles de santé publique en vigueur lorsqu'un médecin/IPS couvre plusieurs sites :

En tout temps, le respect de la distanciation physique doit être rigoureusement observé et la fréquentation des lieux communs du milieu, tels le poste infirmier, la salle à café, la cafétéria, etc. doivent être évités le plus possible. Lors de l'évaluation des usagers, différer les examens physiques non essentiels et limiter, si possible, les contacts prolongés (> 10-15 minutes cumulées) avec un même résident.

- Dans le cas où un médecin/IPS couvre plusieurs MVA, dont un est en éclosion :
 - Si possible, éviter les visites de milieux froids et chauds dans la même journée (principe d'alternance).
 - Le site en éclosion devrait être visité après les sites froids.
 - Si des résidents COVID + présentent des besoins urgents, la séquence peut être brisée :

- Favoriser le présentiel dans les sites chauds et la téléconsultation dans les sites froids, en tenant compte des situations cliniques.
- De façon exceptionnelle, si cela est indiqué cliniquement et qu'aucune autre ressource médicale n'est disponible, le médecin/IPS pourra visiter un milieu chaud et un milieu froid la même journée, dans la mesure où des équipements (EPI) sont disponibles et utilisés scrupuleusement, selon les règles de la PCI.

Pour une meilleure compréhension des tableaux qui suivent, les termes suivants doivent être clarifiés :

- **Services médicaux de routine ou réguliers** : toute activité médicale dont le report n'entraîne pas de préjudices.
- **Services médicaux essentiels** : activités médicales dont le report pourrait entraîner un préjudice au résident.
- **Services médicaux urgents** : besoins aigus, changement clinique significatif par rapport à l'état de base du résident, état décompensé, pour lesquels le report de l'intervention médicale entraîne de facto un préjudice au résident.
 - Favoriser le présentiel dans les sites chauds et la téléconsultation dans les sites froids, en tenant compte des situations cliniques.
 - De façon exceptionnelle, si cela est indiqué cliniquement et qu'aucune autre ressource médicale n'est disponible, le médecin/IPS pourra visiter un milieu chaud et un milieu froid la même journée, dans la mesure où des équipements (EPI) sont disponibles et utilisés scrupuleusement, selon les règles de la PCI.

DÉLESTAGE ET ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHSLD

La partie qui suit concerne que les CHSLD et trois tableaux sont présentés. Les orientations pour les autres MVA suivront.

1. Le premier est une mise en contexte comprenant la description des niveaux d'alerte des établissements ainsi que quelques caractéristiques de chacun des niveaux pouvant avoir une influence sur les services médicaux en CHSLD.
 2. Le deuxième tableau présente l'organisation des services médicaux à actualiser selon les niveaux d'alerte de l'établissement.
 3. Le troisième, sans être exhaustif, résume les principales activités cliniques médicales à délester ou à conserver, toujours selon les niveaux d'alerte de l'établissement.
- Dans les trois tableaux, une colonne présente également la conduite médicale dans un CHSLD en éclosion.

À noter que la pratique médicale en CHSLD en éclosion est définie dans le [Guide sur la pratique médicale en soins de longue durée \(cmq.org\)](http://cmq.org)

À la suite de cette section réservée aux CHSLD, un quatrième tableau présente les principes et directives qui sont à considérer en RPA et RI-RTF et les activités lestées.

TABLEAU 1 : Ce tableau présente les différents niveaux d’alerte des établissements et la couverture médicale recommandée en fonction de celle-ci, ainsi que dans un CHSLD en éclosion.

ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHSLD - COUVERTURE					
Niveaux d'alerte de l'établissement	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	CHSLD en éclosion
DESCRIPTION	<p>La distinction entre « NIVEAU » d’alerte et « PALIER » d’alerte est essentielle. Ce dernier est édicté par la santé publique en fonction du degré de transmission communautaire. (https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/).</p> <p>Tandis que le « NIVEAU » d’alerte est en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Le « NIVEAU » d’alerte nous paraît plus pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité RH, etc.⁴</p>				
CARACTÉRISTIQUES DU CONTEXTE	<p>Transmission communautaire limitée Peu ou pas d’éclosion dans les CHSLD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu/pas d’éclosions et cas suspectés qui demeurent contrôlés. • Offre de services médicaux en équilibre avec la demande dans tout le réseau. 	<p>Circulation active du virus, mais situation en contrôle Quelques CHSLD ont des éclosions</p> <p>Peu de médecins traitants et IPS ont des résidents dans plus du CHSLD pour aînés en éclosion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services médicaux en équilibre avec la demande dans les CHSLD. • Offre de services médicaux régulière dans tous les CHSLD sans éclosion et intensification des services dans les CHSLD en éclosion. • Réaffectation possible des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins de certains CHSLD. 	<p>Circulation active du virus, situation en contrôle, mais progression des cas communautaires et le nombre de CHSLD en éclosion progresse</p> <p>Certains médecins traitants et IPS ont des résidents dans plus d’un milieu de vie pour aînés en éclosion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services médicaux en équilibre avec la demande dans les CHSLD. • Offre de services médicaux régulière dans tous les CHSLD sans éclosion et intensification des services dans les CHSLD en éclosion. • Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins des CHSLD en éclosion. 	<p>Circulation active du virus avec dépassement de la capacité des milieux hospitaliers, des équipes SAD et des gardes médicales</p> <p>Plusieurs médecins traitants et IPS ont des clients dans plus d’un CHSLD pour aînés en éclosion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services médicaux régulière diminuée à l’essentiel dans tous les CHSLD sans éclosion et intensification massives des services médicaux dans les CHSLD en éclosion. • Les ressources médicales et professionnelles sont réaffectées massivement dans les milieux de vie pour aînés selon les besoins. 	<p>Éclosion déclarée : au moins 2 cas nosocomiaux dans la ressource</p> <p>En éclosion, de nouvelles activités associées à l’état clinique de la clientèle génèrent une augmentation importante des activités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approche préventive, cas suspectés déclarés. • Services médicaux requis pour : <ul style="list-style-type: none"> - Usagers dont l’état s’est détérioré en raison de la COVID-19 ou déconditionnement ou maladies chroniques – comorbidités décompensées. - Usagers ayant une nouvelle condition clinique. - Usagers répondant nouvellement aux critères de soins palliatifs ou de fin de vie. • Les mesures PCI sont appliquées dans le CHSLD, les zones chaudes et froides sont établies.

⁴ Le niveau d’alerte des établissements est différent des paliers d’alerte communautaires promulgués par la santé publique. Bien qu’ils soient interreliés, le niveau d’alerte est davantage axé sur la réalité de l’établissement. Ce dernier est édicté par la santé publique en fonction du degré de transmission communautaire (<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/>). Tandis que le « NIVEAU » d’alerte est en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Le « NIVEAU » d’alerte nous paraît davantage pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité RH, etc.

TABLEAU 2 : Dans ce tableau, l'organisation des services médicaux en CHSLD est présentée en fonction du niveau d'alerte. Il s'agit ici des moyens mis en place pour assurer la couverture médicale, l'accès à un médecin ou à une IPS. L'organisation clinique sera détaillée au tableau 3.

ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHSLD - COUVERTURE					
Niveaux d'alerte de l'établissement	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	CHSLD en éclosion (5)
GOUVERNANCE					
COGESTION EN CHSLD					
ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX (STRUCTURES ET MOYENS)	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir les activités médicales régulières en présentiel et de téléconsultation dans les CHSLD • Les médecins/IPS planifient un délestage potentiel. • Anticiper un allègement potentiel de la médication en cas d'éclosion. • Assurer une garde 24/7 pour tous les CHSLD du territoire. • Avoir établi les mécanismes et trajectoires de communication pour contacter les médecins/IPS exerçant en CHSLD en situation d'éclosion. • Avoir nommé un médecin cogestionnaire dans chacun des CHSLD. • S'assurer que le DRMG et le DSP soient représentés dans la cellule de crise régionale. • Avoir identifié une banque de médecins/IPS disponibles en renfort dans les CHSLD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir les activités médicales régulières dans les CHSLD (unités froides). • Intensifier les activités médicales dans les CHSLD (zones froides et tièdes : surveillance étroite des symptômes, prévention du déconditionnement, etc.). • En zone chaude (voir colonne 5). • Rendre disponible la téléconsultation. • Assurer une garde 24/7 pour tous les CHSLD du territoire. • Utiliser les mécanismes et trajectoires de communication pour contacter les médecins/IPS exerçant en CHSLD, si besoin. • Impliquer le médecin cogestionnaire de chacun des CHSLD en éclosion dans les cellules de crises locales (CHSLD). • S'assurer que le DRMG et le DSP soient représentés dans la cellule de crise régionale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensifier les activités médicales dans les CHSLD (zones froides et tièdes : surveillance étroite des symptômes, prévention du déconditionnement, etc.). • En zone chaude (voir colonne 5). • Rendre disponible la téléconsultation. • Assurer une garde 24/7 pour tous les CHSLD du territoire. • Utiliser les mécanismes et trajectoires de communication pour contacter les médecins/IPS exerçant en CHSLD – intensification des communications. • Impliquer le médecin cogestionnaire de chacun des CHSLD en éclosion dans les cellules de crises locales (CHSLD). • Le DRMG et le DSP ou leurs représentants sont impliqués activement à la cellule de crise régionale 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensifier les activités médicales dans les CHSLD (zones froide et tièdes : surveillance étroite des symptômes, interprétation des résultats du dépistage, prévention du déconditionnement, etc.). • En zone chaude (voir colonne 5). • Rendre disponible la téléconsultation. • Assurer une garde 24/7 pour tous les CHSLD du territoire. • Utiliser les mécanismes et trajectoires de communication pour contacter les médecins/IPS exerçant en CHSLD – intensification des communications. • Impliquer le médecin cogestionnaire de chacun des CHSLD en éclosion dans les cellules de crises locales (CHSLD). • Le DRMG et le DSP sont impliqués activement dans la cellule de crise régionale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensifier les activités de par le médecin/IPS traitant zones chaudes, tièdes et zones froides). • Rendre disponible la téléconsultation. • Assurer une garde 24/7 pour résidents du CHSLD en éclosion. • Médecin cogestionnaire actif et impliqué dans la cellule de crise du CHSLD en éclosion qui bénéficie des mécanismes et trajectoires de communication fluides déjà établis – intensification des communications. • Bénéficier d'une banque de médecins/IPS disponibles en renfort. • Avoir une ÉMI sur place au besoin⁵.

⁵ Les ÉMI sont une mesure de dernier recours une fois que les équipes médicales de base, les effectifs ont été majorés et que la réaffectation mobilisée les ressources disponibles. Elles viennent porter mains fortes de façon temporaire, le temps de stabiliser la situation.

	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir identifié les médecins intéressés pour les ÉMI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solliciter au besoin la banque de médecins/IPS disponibles. • Former au moins une ÉMI, effectuer le recrutement pour une équipe en disponibilité (ÉMI). • Selon la demande du DRMG et DSP (via réaffectation) – déploiement d’une ou de plusieurs ÉMI selon le besoin de soutien aux équipes en place. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solliciter au besoin la banque de médecins IPS disponibles. • Bénéficier d’une banque de médecins/IPS. • Selon la demande du DRMG et DSP (via réaffectation) – déploiement d’une ou de plusieurs ÉMI selon le besoin de soutien aux équipes en place. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solliciter au besoin la banque de médecins/IPS disponibles. • Bénéficier d’une banque de médecins/IPS. • Selon la demande du DRMG et DSP (via réaffectation) – déploiement d’une ou de plusieurs ÉMI selon le besoin de soutien aux équipes en place. 	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

TABLEAU 3 : Ce tableau présente les principes et directives qui sont à considérer dans le délestage des activités.

ACTIVITÉS MÉDICALES ET DÉLESTAGE EN CHSLD					
Niveaux d'alerte de l'établissement	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	CHSLD en éclosion
CHSLD	Il est recommandé que les médecins et IPS qui œuvrent en CHSLD publics et privés conventionnés délestent certaines activités de routine ou régulières en fonction du niveau d'alerte. Il est donc requis de prioriser les activités afin de répondre aux besoins des résidents				
DÉLESTAGE D'ACTIVITÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité. • Prise en charge des conditions chroniques à risque de se détériorer (approche anticipative). • Suivi des conditions chroniques stables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité. • Prise en charge des conditions chroniques qui sont à risque de se détériorer (approche anticipative). 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge uniquement conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité.
	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des activités de routine. • Admissions, évaluation globale, rencontres interdisciplinaires⁶ non urgentes planifiées, suivis non urgents de condition chronique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des activités de routine en anticipant les prescriptions et interventions sur plus long terme en prévision d'une escalade de niveau. • Rencontres interdisciplinaires non urgentes peuvent être maintenues. • Révision prescriptions contexte COVID (éviter les prescriptions exigeantes pour le personnel de soins) • Repérage des personnes âgées le plus vulnérables à la COVID si éclosion⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter les activités non essentielles. • Rendre disponible la téléconsultation • Maintenir les évaluations médicales d'admission. • Assurer vigie des milieux. • Avoir complété pour chaque résident sous sa responsabilité la révision des prescriptions contexte COVID. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune activité de routine • Rendre disponible la téléconsultation. • Réponse appropriée à toute situation urgente. • Révision prescription contexte COVID. Élagage du profil pharmacologique – révision du BCM en collaboration avec le pharmacien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune activité de routine. • Déploiement médical sur place pour les unités chaudes sur un modèle s'approchant de la courte durée. • Pour les services médicaux essentiels ou urgents, limiter si possible les contacts prolongés (> 10-15 minutes cumulées).

⁶ la rencontre interdisciplinaire selon de code de rémunération du médecin consiste à une rencontre avec l'utilisateur et la famille, dans ce cas-ci, il est question des équipes interprofessionnelles du CHSLD incluant l'utilisateur et son proche.


⁷ Voir à la priorisation en fonction des profils ISO-SMAF – 11, 13, 14 : très vulnérables à protéger, déjà confinés au lit et une attention particulière devrait être apportée aux usagers au profil 7, 8, 9, 10, 12 qui peuvent déambuler et être vecteurs de la COVID-19.

ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN RPA et RI-RTF

TABLEAU 4 : Ce tableau présente les principes et directives qui sont à considérer en RPA et RI-RTF.

ACTIVITÉS MÉDICALES ET DÉLESTAGE EN RPA ET RI-RTF					
Niveaux d'alerte de l'établissement	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	RPA et RI-RTF en éclosion
RPA ET RI-RTF	Il est recommandé que les médecins et IPS ayant des clients en RPA et RI-RTF présentant des caractéristiques prédisposantes aux complications liées à la COVID, au déconditionnement physique, cognitif et psychologique ou à l'instabilité de l'état de santé soient vigilants et proactifs face aux risques de conditions aiguës, et conséquemment aux risques d'hospitalisations.				
DÉLESTAGE D'ACTIVITÉS	<p>Une garde 24/7 est requise pour les usagers présentant les caractéristiques motivant leur enregistrement au service 811 ou garde SAD.</p> <p>En palier d'alerte 3 et 4, il est requis que les effectifs médicaux déployés au soutien à domicile demeurent disponibles pour ce secteur lorsque pertinent et possible. Sans que ce soit l'unique facteur, des effectifs médicaux insuffisants au SAD peuvent avoir pour impact une hausse des interventions des services ambulanciers, des visites à l'urgence et des hospitalisations qui auraient pu être évitées. Une couverture médicale inadéquate au SAD engendre ainsi une pression sur les lits en niveau de soins alternatifs (NSA). De plus, des services médicaux insuffisants en amont du séjour hospitalier, soit dans les différents milieux de vie CHSLD, RPA, RI-RTF ainsi que dans les zones tampons nécessitant des soins (SNT et ST), peuvent contribuer à exercer une pression sur les NSA ainsi que sur des lits hospitaliers et les trajectoires de soins palliatifs et de confort, les lits en unité de courte durée gériatrique et les trajectoires de réadaptation, etc.</p> <p>Il est entendu que l'efficacité de la couverture médicale est conditionnelle à la présence du soutien infirmier, de l'assistance et du pharmaceutique.</p> <p>Voir Plan provincial de priorisation des activités cliniques – Secteur première ligne médicale https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002904/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensifier les activités par le médecin/IPS traitant pour les zones chaudes, tièdes et zones froides. • Rendre disponible la téléconsultation. • Assurer une garde 24/7 pour résidents du RPA ou RI-RTF en éclosion. • Bénéficier d'une banque de médecins/IPS disponibles en renfort. • Déploiement médical sur place pour les unités chaudes sur un modèle s'approchant de la courte durée, si possible. • Avoir une ÉMI sur place au besoin⁸. • Activités médicales essentielles uniquement. • Pour les services médicaux essentiels ou urgents, limiter si possible les contacts prolongés (> 10-15 minutes cumulées). 				

⁸ Les ÉMI sont une mesure de dernier recours une fois que les équipes médicales de base, les effectifs ont été majorés et que la réaffectation mobilisée les ressources disponibles. Elles viennent porter mains fortes de façon temporaire, le temps de stabiliser la situation.



Guide pour la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Mise à jour 25 janvier 2021

Édition :

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

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

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-88468-2 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2021

Le présent guide s’inscrit dans le mandat du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/>]

Rédaction :

D^{re} Julie Deschambeault, cocheffe de médecine générale volet CHSLD, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière;

M^{me} Catherine Hamelin, conseillère en pertinence clinique, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Soutien à la rédaction :

D^{re} Danielle Daoust, coprésidente du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, MSSS et médecin de famille, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

M^{me} Valérie Guillot, conseillère en gérontologie, Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA), MSSS;

M^{me} Stéphanie Jodoin, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, MSSS;

M^{me} Karine Labarre, conseillère experte en soins gériatriques et soins de proximité, DGAUMIP, MSSS;

D^{re} Michèle Morin, interniste gériatre et cogestionnaire médicale à la direction du programme SAPA, CISSS de Chaudière-Appalaches;

D^{re} Diane Poirier, directrice générale adjointe de la coordination réseau et directrice de la coordination ministérielle 514-450, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles, MSSS.

D^{re} Lucie Poitras, directrice générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique, DGAUMIP, MSSS;

M^{me} Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe et coprésidente du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, DGAPA, MSSS;

D^{re} Raymonde Vaillancourt, chef du département régional de médecine générale, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;

D^{re} Sophie Zhang, cocheffe adjointe hébergement, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;

Révision :

M^{me} Katherine Brisson, adjointe administrative, DGAUMIP, MSSS

Table des matières

Introduction	1
Vaccination.....	2
Activités de gestion médicale	2
<i>Gestion des effectifs médicaux lors d'éclotions de COVID-19 en CHSLD</i>	<i>2</i>
<i>Prévention et contrôle des infections (PCI)</i>	<i>3</i>
<i>Dépistage de la COVID-19 chez les travailleurs de la santé incluant les médecins.....</i>	<i>4</i>
<i>Autres activités de gestion médicale d'importance</i>	<i>4</i>
Activités cliniques.....	7
<i>Consultations médicales</i>	<i>7</i>
<i>Soins virtuels.....</i>	<i>8</i>
Indications de dépistage.....	8
Prise en charge des résidents COVID-19 suspectés ou confirmés	9
<i>Si niveau d'intervention médicale A ou B.....</i>	<i>10</i>
<i>Si niveau d'intervention médicale C ou D.....</i>	<i>10</i>
<i>Matériel de protection.....</i>	<i>10</i>
<i>Traitements spécifiques de la COVID-19, selon l'objectif de soins poursuivi</i>	<i>11</i>
<i>Guérison et prise en charge du déconditionnement</i>	<i>12</i>
CODE bleu dans les CHSLD (arrêt cardiorespiratoire).....	13
Constat de décès	13
<i>Bulletin de décès SP-3.....</i>	<i>13</i>
<i>Déclaration à la Direction de santé publique</i>	<i>14</i>
<i>Formulaire K-27</i>	<i>14</i>
<i>Formulaire MAD0.....</i>	<i>14</i>
<i>Prise en charge des corps.....</i>	<i>14</i>
Soutien psychologique	14
Ressources Web utiles.....	15
ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires	21
ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD	22
ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD	23
ANNEXE 4 : Exemple de protocole de détresse respiratoire aiguë	24
ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire .	25
ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19	27
ANNEXE 7 : Bulletin de décès SP-3 et exemples types.....	29
ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19.....	31

Introduction

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) adresse le présent guide à tout professionnel du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ayant un rôle à jouer dans la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et privés conventionnés. Ceux des CHSLD privés sont libres de s'en inspirer. Nous pensons notamment aux médecins déjà actifs dans les CHSLD ou à ceux réaffectés dans ces milieux ainsi qu'aux infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL). Le MSSS invite également les médecins impliqués dans la gestion des CHSLD (ex. : cogestionnaires) ainsi que les gestionnaires responsables de ces milieux à s'approprier le contenu du guide.

Le guide sera mis à jour selon l'évolution de la pandémie et demeurera disponible dans sa version la plus récente au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/>.

En raison de l'évolution rapide de la pandémie, les directives du MSSS, mais aussi les règles des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et celles des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) sont mises à jour fréquemment. Il est impératif que les professionnels du RSSS **assurent une surveillance régulière de ces mises à jour** pour éviter de semer la confusion dans les équipes et pour maintenir un canal de communication efficacement cohérent. À ce sujet, il est fortement recommandé de vous abonner à l'infolettre des directives du MSSS en vous inscrivant au :

<https://www.msss.gouv.qc.ca/abonnement/?l=directives-covid>. Si un problème se présente, communiquer avec votre gestionnaire ou médecin responsable immédiat.

Directives COVID-19 du MSSS pour les CHSLD :

- * [Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée \(CHSLD\)](#)
- * [Directives sur la couverture médicale dans les milieux de vie pour aînés \(CHSLD, RI-RTF, RPA\) en contexte de la pandémie de la COVID-19](#)
- * *Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19*
[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/)

Liens généraux :

- * <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/>
- * [INSPQ - Centre d'expertise et de référence en santé publique](#)
- * [Collège des médecins du Québec](#)

Vaccination

Depuis le 14 décembre 2020, il est maintenant possible de vacciner contre la COVID-19. Afin de diminuer les éclosions en CHSLD, il est fortement recommandé d’offrir la vaccination aux patients, aux proches aidants, aux employés, aux médecins et autres professionnels de la santé. Il est essentiel de connaître les informations relatives à la campagne de vaccination et les directives qui s’appliquent dans les milieux.

- [Directive sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 à l'intention des travailleurs de la santé - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
- [Vaccination contre la COVID-19 - Professionnels de la santé - MSSS \(gouv.qc.ca\)](#)

Activités de gestion médicale

Jusqu’ici, nous observons que les installations qui se sont montrées les plus performantes dans la gestion de la crise sanitaire sont celles ayant fait preuve d’une bonne cohésion entre l’équipe de gestion et l’équipe médicale, aux niveaux local et régional.

Gestion des effectifs médicaux lors d’éclosions de COVID-19 en CHSLD

L’assurance d’avoir une couverture médicale adéquate s’adaptant à la variabilité des besoins d’un milieu est l’un des enjeux majeurs pendant la pandémie. Elle varie en fonction des éclosions, de la gradation des mesures des paliers d’alerte émise par le MSSS et des niveaux d’alerte du plan de délestage concordant¹.

- *Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19*
[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/)
- *Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD selon les niveaux d’alerte des établissements*
[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/)

Pour répondre rapidement aux besoins de leur milieu, la cellule de crise locale, les équipes médicales impliquées et le(s) coordonnateur(s) local(aux) des effectifs médicaux du CISSS ou CIUSSS doivent maintenir des liens étroits et agiles sur le plan de la communication et des décisions. La cogestion médico-clinico-administrative est une mesure que le MSSS demande de mettre en place pour soutenir la fluidité de communication et la rapidité de prises de décision.

- La *Fiche descriptive – Cogestion en centre d’hébergement de soins de longue durée* décrit cette mesure [\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/).

¹ Le « NIVEAU » d’alerte des établissements est différent du « PALIER » d’alerte communautaire promulgué par les directions régionales de santé publique. Bien qu’ils soient interreliés, le niveau d’alerte est davantage axé sur la réalité de l’établissement en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Il est plus pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité ressources humaines, etc.

Une liste COVID-19 de mise en disponibilité doit être élaborée, en tout temps, dans tous les CHSLD afin d'assurer une couverture médicale adaptée aux besoins du milieu. Cette liste de garde doit être planifiée avec des médecins différents pour les zones froides et chaudes lorsque la situation l'exige et le permet. À titre de référence, une éclosion importante et soutenue pourrait exiger une présence médicale quasi quotidienne ou un dédoublement des effectifs médicaux habituels.

Selon les besoins en effectifs médicaux identifiés dans le milieu au moment d'une éclosion jugée difficile à contrôler, il est nécessaire que le coordonnateur local des effectifs médicaux place en préalerte l'équipe médicale d'intervention (ÉMI). Ceci implique que les médecins d'une équipe ÉMI auront, au préalable, été mis en disponibilité afin de pouvoir se déployer rapidement. Les ÉMI sont des équipes médicales composées de 2-3 médecins [et infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)] qui seront appelés en renfort pour assurer la prise en charge médicale des résidents si, et seulement si, l'équipe déjà en place et ceux de la liste COVID-19 de mise en disponibilité ne suffisent pas pour combler les besoins. L'ÉMI sera également déployée exclusivement à la demande du coordonnateur et demeure le dernier recours après les mécanismes de couverture habituelle.

- La *Fiche descriptive – Équipe médicale d'intervention (ÉMI) en milieu de vie pour aînés (MVA)* décrit la directive MSSS pour la mise en place des ÉMI [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/>].

Ultimement, lorsque le coordonnateur local des effectifs médicaux est à bout de ressources, qu'il a consulté la plateforme RéaffectMD et qu'il ne peut pas faire sa réaffectation localement ou régionalement, celui-ci communique avec le comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM) [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/>]; [<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/reaffection-des-effectifs-medicaux/>].

L'outil *Algorithme CHSLD pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19* illustre la séquence des actions à réaliser pour assurer une couverture des services médicaux dans un CHSLD en éclosion et l'interrelation de certains des intervenants clés [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/>].

Prévention et contrôle des infections (PCI)

Dans le contexte de la pandémie, il est impératif de travailler étroitement avec l'équipe PCI de votre CISSS/CIUSSS, car celle-ci suit des protocoles mis à jour quotidiennement.

Liens de l'Institut national de la santé publique (INSPQ) sur les mesures PCI et la gestion des éclosions :

- [COVID-19 : Prévention et contrôle des infections | INSPQ](#)
- [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ.](#)

On parle d'**éclosion** lorsqu'il y a plus de deux cas (résidents ou travailleurs) nosocomiaux (acquis en milieu de soins) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours (critère de temps, de lieu ou de personne compatible avec une transmission entre ces cas). Pour la définition d'éclosion, vous référer à celle décrite par l'INSPQ dans la publication [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ](#).

Il est important d'obtenir quotidiennement un bilan des cas COVID positifs dans vos milieux pour permettre une mise sous tension des équipes médicales, s'il y a des besoins médicaux émergents. Le lien avec l'équipe PCI et la santé publique doit être fluide et rapide et demeure la clef du succès pour contrôler les éclosions et mettre en place sans délai les mesures de biosécurité.

Nous vous encourageons à faire la formation intitulée « Prévention et contrôle des infections : formation de base en contexte de la COVID-19 » disponible sur le site de l'[Environnement numérique d'apprentissage \(ENA\) provincial](#). Si vous avez une adresse courriel d'établissement, choisissez votre CISSS/CIUSSS d'appartenance. Sinon, cliquer simplement sur le lien pour les partenaires hors réseau. Elle peut aussi être accessible sur le site de votre CISSS/CIUSSS.

Dépistage de la COVID-19 chez les travailleurs de la santé incluant les médecins

Consulter la [Directive sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte](#) du MSSS.

Un dépistage systématique des travailleurs de la santé dans les milieux de vie pour aînés est recommandé à une fréquence mensuelle dès le palier d'alerte jaune et rehaussé à une fréquence hebdomadaire à partir du palier d'alerte rouge. Une campagne de communication et des stratégies de promotion du dépistage devraient accompagner l'offre des tests afin d'augmenter l'adhésion du personnel. À noter qu'en cas d'éclosion, la stratégie de dépistage devra être modifiée et rehaussée en fonction de la [Directive sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte](#) émise par le MSSS et les [Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins](#) de l'INSPQ.

Autres activités de gestion médicale d'importance

1. Assurer en tout temps le respect des mesures d'hygiène et des règles PCI.
 - [Lavage des mains | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)
 - [Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires | INSPQ](#)
 - [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ](#)

2. Encourager le maintien en place des mesures permettant le respect rigoureux de la distanciation physique, et ce, quel que soit le taux de vaccination du milieu [ex. : concept de bulle de vie et 2 mètres entre les personnes (tant les résidents que le personnel soignant)].
 - [Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée \(CHSLD\)](#)
 - [Directive sur les mesures applicables aux différents milieux de vie et de soins \(CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCI, internat, foyer de groupe ou milieux de réadaptation en déficience physique, santé physique et modérée pour adulte\) pour la période du 9 janvier au 8 février 2021](#)
3. Surveillance et autosurveillance : Informer le personnel soignant des symptômes (typiques et atypiques) à surveiller concernant la COVID-19 pour que ceux-ci puissent agir rapidement (dépistage, isolement et informer le milieu) protégeant ainsi l'utilisateur, l'ensemble des usagers, le personnel et sa famille. Former également le personnel soignant pour qu'il puisse reconnaître la présentation clinique de la COVID-19 chez les résidents en CHSLD.
 - [Présentations cliniques INESSS - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
 - [ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires](#)
4. La création de zone FROIDE (résidents sans symptômes de la COVID-19) et de zone CHAUDE (résidents testés COVID-19 positif) doit se faire dans chaque milieu lors d'une éclosion. Pour les cas suspects en investigation, il est suggéré de laisser le résident en isolement dans sa chambre seul ou de le placer selon l'organisation des zones disponibles dans votre milieu, et ce, pour éviter toute contamination croisée.
[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002707/\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002707/).
Consultez aussi le [Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés](#) du MSSS.
5. Il est recommandé d'avoir des équipes soignantes dédiées dans chacun des CHSLD pour éviter la transmission (principes du « zéro mouvement »). Pour les zones chaudes, il est obligatoire d'avoir du personnel dédié à cette zone.
6. Dans la situation où une admission est permise, le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) suit un **protocole strict** pour vérifier si le résident à admettre présente ou non des symptômes de la COVID-19 ou s'il est à risque de contamination potentielle. Actuellement, un test de dépistage doit être fait préalablement à l'admission, et ce, peu importe la provenance de la personne pour éviter qu'un résident COVID positif soit admis en zone froide.
 - [Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée \(CHSLD\)](#)
 - *A1 - Trajectoire d'un usager en provenance d'un CH ou d'un milieu de réadaptation ayant pour destination un CHSLD (nouvelle admission ou retour) ou une RI accueillant ou non des usagers vulnérables à la COVID-19*
[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC)

- *B1 – Trajectoire d'un usager en provenance d'un domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF vers un CHSLD ou une RI dont les usagers sont vulnérables à la COVID-19 en fonction du palier d'alerte de sa provenance*
[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC]
- [Directives sur les zones tampons - Directives COVID-19 du MSSS](#)
- [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ](#)

Le personnel qui intervient auprès du résident nouvellement admis doit s'assurer de porter l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié.

<https://www.inspq.gc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19>

7. Pour la présence des proches aidants et des visiteurs auprès des résidents de CHSLD ainsi que pour les permissions de congés temporaires de plus de 24 heures dans la communauté, les mesures varient selon la directive sur la [Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19](#). Voir notamment : le *Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les ressources intermédiaires (RI) de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19* de cette directive, et la [Directive sur les mesures applicables aux différents milieux de vie et de soins \(CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCl, internat, foyer de groupe ou milieux de réadaptation en déficience physique, santé physique et modérée pour adulte\) pour la période du 9 janvier au 8 février 2021](#). Vous devez vous conformer aux recommandations ministérielles et les mettre en place dans vos milieux.

Activités cliniques

Consultations médicales

1. Lors de ses interventions auprès des résidents, le médecin doit respecter les règles de distanciation physique de 2 mètres et limiter le temps en contact étroit avec un même résident à moins de 10-15 minutes.
2. Il est possible pour le médecin de couvrir plus d'un milieu dans une même journée. Toutefois, s'il visite des milieux chauds et froids dans la même journée, il doit débiter par les milieux froids, sauf en situation exceptionnelle (ex. : instabilité médicale d'un résident COVID positif qui requière sa présence sur place sans délai).
(*Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD selon les niveaux d'alerte des établissements* : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/>).
3. Il est important que la fréquence des consultations médicales soit ajustée à la condition clinique des résidents du CHSLD. Il demeure permis de faire des visites en présence, même dans les unités en éclosion.
4. Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement ou qui a contracté la COVID-19, mais qui demeure apte au travail, peut continuer à rendre des services à partir de son domicile par une voie de correspondance appropriée.

5. **Révision des niveaux d'intervention médicale (NIM) à prioriser**

Dans le contexte de la COVID-19, la majorité des résidents en CHSLD ne sont pas des candidats pour les soins intensifs et les respirateurs. Pour les résidents âgés de 80 ans et plus, le taux de mortalité est significativement plus élevé. Il l'est encore plus pour les résidents qui présentent de multiples comorbidités. Les durées d'intubation sont également prolongées. Seuls les résidents désirant une intubation ou une ventilation assistée (CPAP, BiPAP) et pour lesquels ce soin est indiqué et pertinent devraient être transférés, à moins que le CHSLD ne soit plus en mesure d'offrir certains soins essentiels. Afin d'identifier les patients qui nécessiteraient des transferts vers l'hôpital, prioriser la révision des niveaux d'intervention médicale des patients ayant un niveau A ou B.

Nous vous rappelons qu'il appartient déontologiquement au médecin de ne pas offrir un soin futile ou non approprié. Par ailleurs, le NIM doit être rediscuté avec l'utilisateur ou son représentant lors de tout changement de son état de santé ou annuellement minimalement en CHSLD.

- [Rappel important sur les niveaux de soins \(cmq.org\)](https://www.cmq.org/)
 - [Niveaux d'interventions médicales \(NIM\) : parlons-en dans le contexte de la pandémie COVID-19 \(gouv.qc.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/actualites/2020/04/2020-04-20-niveaux-interventions-medicales-nim)
6. Dans le même ordre d'idée, afin d'éviter tout transfert non pertinent vers l'urgence, il est essentiel que la situation clinique soit évaluée par un médecin (ou un IPSPL) avant que cette décision ne soit prise, peu importe la raison du transfert (COVID-19 ou autre condition

clinique). Selon le jugement clinique du médecin (ou de l'IPSPL), l'évaluation peut se faire par voie téléphonique, par téléconsultation ou en présentiel. Nous vous rappelons que si l'examen physique d'un résident était susceptible de modifier votre conduite, cet examen pourra/devra être effectué sur place.

7. Il est important de réévaluer l'utilisation de toute intervention médicale générant des aérosols (IMGA) dans les CHSLD (ex. : CPAP et BiPAP). En cas de suspicion de COVID-19, ces traitements devraient être cessés seulement s'ils ne sont pas vitaux pour le résident. Si le traitement est vital et que le résident est en attente de son résultat ou s'il est COVID+, il est recommandé de procéder aux IMGA dans une chambre individuelle en isolement contact aérien et oculaire et N95, avec porte fermée (ou dans une chambre à pression négative, si disponible dans l'installation). Il est recommandé d'attendre 6 heures après la fin de l'IMGA avant de visiter le patient. Si toutes ces conditions ne peuvent être respectées, il est recommandé de transférer le patient dans un milieu pouvant respecter les recommandations.
[\[https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19\]](https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19)
8. En collaboration avec le pharmacien, évaluer la pertinence de revoir le profil pharmacologique des résidents. Ceci pour permettre d'anticiper les changements à apporter en continu dans un contexte infectieux (ex. : interruption de certains principes actifs, regroupement de l'administration pour en réduire la fréquence, etc.).

Soins virtuels

La télémédecine¹ est un outil complémentaire et non un substitut aux visites en personne. Utilisée de façon judicieuse, elle peut vous aider à prendre des décisions et éviter des transferts inappropriés à l'urgence.

En contexte de pandémie, les soins virtuels sont donc un moyen qui peut favoriser l'accès aux soins et la continuité du suivi des résidents sur le plan médical. À cet égard, la téléconsultation doit respecter les règles de confidentialité, utiliser des outils de communication sécuritaires et rencontrer les exigences de la tenue de dossier.

Indications de dépistage

1. Les résidents présentant des symptômes de la COVID-19 doivent être dépistés dans leur CHSLD selon les critères établis par la santé publique.
 - [ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires](#)

¹ Le Collège des médecins du Québec définit la télémédecine comme étant « l'exercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication (TIC) ». La téléconsultation est une consultation médicale qui met en relation, à distance, le patient et un ou des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de la santé.
[\[http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx\]](http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx)
[\[http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1611032116808\]](http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1611032116808)

- <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/#signes-et-symptômes>
- [Présentations cliniques INESSS - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

a) Fièvre à plus de 37,8 °C rectale ou buccale, ou 1,1 °C au-dessus de la température basale du résident, sans foyer clair.

OU

b) Symptômes respiratoires :

- Toux sèche;
- Dyspnée;
- Perte d'odorat (anosmie) sans congestion nasale;
- Perte du goût (dysgueusie).

OU

c) Symptômes atypiques :

- Détérioration de l'état général (DEG);
- Perte d'appétit;
- Confusion;
- Atteinte de l'état de conscience (AEC);
- Changement comportemental;
- Déclin fonctionnel autrement inexplicable (ex. : chute inhabituelle);
- Céphalée;
- Troubles gastro-intestinaux;
- Mal de gorge;
- etc.

2. Demander uniquement les laboratoires qui modifient le plan thérapeutique et éviter tous les laboratoires de routine.

Prise en charge des résidents COVID-19 suspectés ou confirmés

Veillez consulter l'[ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD](#).

Si vous soupçonnez qu'un résident peut avoir contracté la COVID-19, celui-ci doit être mis en chambre privée (dans la mesure du possible) avec un isolement de type précaution gouttelettes (masque chirurgical, visière, gants et jaquette pour le personnel soignant). Si la condition le permet, le résident peut recevoir son traitement en CHSLD dans le respect des directives de la mise en place des zones chaude et froide.

1. Mettre le résident en isolement gouttelettes/protection oculaire
(ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l’isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD)
2. Vérifier si le résident présente des critères de sévérité :
 - Désaturation < 90 % à l’air ambiant;
 - Tachypnée > 30 respirations par minute;
 - Détresse respiratoire aiguë;
 - Signe de sepsisme ou de choc (tension artérielle systolique < 90 mm Hg, tachycardie, etc.);
 - Signe de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA);
 - Tout autre signe jugé sévère par le médecin.
3. Par la suite, suivre l’algorithme décisionnel en fonction du NIM du résident, tel qu’inscrit à son formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (AH-744 DT9261) [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument>].

Si niveau d’intervention médicale A ou B

La prise en charge des résidents présentant des symptômes de COVID-19 implique en premier lieu la revalidation du NIM. Tous les résidents de NIM A ou B devraient pouvoir être pris en charge par le centre hospitalier désigné de leur région si leur condition médicale exige des soins aigus qui ne peuvent être dispensés en CHSLD. L’objectif est de permettre au résident d’avoir accès aux soins appropriés, selon ses volontés et sa condition. Si le résident présente des critères de sévérité, il sera nécessaire de le transférer dans une chambre à pression négative afin de pouvoir offrir les techniques IMGA qui produisent des aérosols (ex. : une intubation).

Si niveau d’intervention médicale C ou D

Le résident peut rester au CHSLD en isolement et y recevoir les soins pour soulager ses symptômes et maintenir son confort. Dans cette clientèle, les IMGA ne sont généralement pas utilisées et l’isolement gouttelettes/protection oculaire suffit. Le résident diagnostiqué COVID-19 positif doit être déplacé dès que possible en zone chaude.

Si le résident présente des critères de sévérité, il faut offrir des traitements actifs ou palliatifs (voir sections suivantes), selon les indications cliniques et les souhaits des usagers et leurs proches, dans le respect de sa dignité.

Matériel de protection

1. Pour tous les cas incluant les cas sévères SANS IMGA :
 - a. Isolement gouttelettes et protection oculaire;
 - b. Masque de procédure, gants et blouse;
 - c. Cesser les CPAP et les BiPAP si non vitaux pour le résident.

2. Pour les cas nécessitant un IMGA
 - a. Isolement aérien-contact, protection oculaire et N95;
 - b. Ajuster les mesures de précaution (chambre individuelle avec porte fermée, chambre à pression négative si disponible, transfert en centre hospitalier) selon le résultat du test et le NIM du résident.

[\[SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ\]](#)

Traitements spécifiques de la COVID-19, selon l'objectif de soins poursuivi

Conduite générale :

- Surveiller l'état de conscience, température (rectale de préférence), rythme respiratoire, SaO₂, tension artérielle, pouls selon l'état clinique et les signes atypiques gériatriques. Nous voulons éviter les contacts sans valeur ajoutée.
- Interrompre toute médication non essentielle (Vitamine D, Calcium, Statine, Bisphosphonates, etc.) afin de réduire également la fréquence de ces contacts.
- Dès les premiers signes cliniques de détérioration respiratoire, commencer rapidement les traitements selon les diagnostics les plus probables (ex : pneumonie virale vs bactérienne, embolie pulmonaire, surcharge, etc.) et les NIM. À noter que la surinfection bactérienne est rare chez les patients COVID-19 (environ 7 %).
- Communiquer régulièrement avec les proches pour leur transmettre les informations importantes, surtout pour les cas complexes (ex : SCPD, contention) et les fins de vie.

Selon l'état clinique et le niveau d'intervention médicale :

1. Si soins actifs

- Signes vitaux selon le NIM.
- Oxygénothérapie par lunettes nasales ou Ventimask à faible débit pour confort (SaO₂ > 90 %).
- Corticostéroïdes p.o.; selon le NIM et les critères d'usage établis par l'INESSS dans l'[Outil clinique COVID-19 : Usage des corticostéroïdes systématiques](#).
- Thromboprophylaxie à l'aide d'héparine de faible poids moléculaire (ex. : héparine 5000 unités s/c bid ou Fragmin 5000 unités s/c die s/c; enoxaparine 40 mg s/c pour 7 jours) selon les critères établis par l'INESSS [<https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/risques-thrombotiques.html>]. Prendre en considération les risques de saignement versus le bénéfice.
- Si bronchospasme : salbutamol et ipratropium en inhalateur 2-4 inhalations qid avec aérochambre-masque (régime plus intensif possible si bronchospasme sévère). ÉVITER toute nébulisation, privilégier aérochambre.
- Antibiotiques seulement lors de forte suspicion de pneumonie bactérienne (environ 7 % seulement des cas COVID-19). La plupart des pneumonies sont virales, dans le contexte. Donc, ne pas administrer d'emblée à tous les résidents.

- Si signe de déshydratation sévère, évaluer les soins appropriés à dispenser au résident, et ce, dans le respect de sa condition, de son NIM et des bénéfices potentiels de l'intervention selon les équipements et les compétences disponibles.
- Si détérioration de l'état clinique après 48 h, discuter avec le résident ou la famille du mauvais pronostic et ouvrir le dialogue sur les soins de confort offerts sur place, dans un environnement familial et adapté, dispensé par du personnel soignant qui le connaît.
- **Si un transfert hospitalier est envisagé (critères de sévérité énumérés plus haut), vous devez toujours communiquer avec le médecin du centre receveur avant le transfert.**

2. Soins de confort (ou soins palliatifs intensifs)

- Cesser la médication orale, selon le jugement clinique.
- Assurez les soins de base (positionnement, soins buccaux, hygiène, sonde urinaire si globe vésical, etc.).
- Oxygénothérapie normalement non indiquée, peut être administrée pour confort seulement.
- L'hydratation intraveineuse n'offre aucun confort ni autre avantage.
- Les opiacés doivent être prescrits selon les algorithmes de votre milieu (ou consulter l'ANNEXE 5 : [Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire](#) ou encore l'outil suivant [Mini-Guide Palli-Science \(palli-science.com\)](#) si non disponible). Privilégier des doses régulières (au 4 h) avec des entre-doses pour assurer un niveau de confort stable. Ajuster selon l'évolution et le confort.
- Les détresses respiratoires peuvent parfois évoluer très rapidement. Il pourrait être indiqué de prescrire un protocole de détresse respiratoire d'emblée à tous les patients COVID-19 en fin de vie pour éviter les délais lors de la survenue d'inconfort. Une vigie serrée des symptômes respiratoires est essentielle pour assurer le confort. Il est important de s'assurer d'avoir sur l'unité les médicaments du protocole de détresse en quantité suffisante pour favoriser l'administration rapide. ([ANNEXE 4 : Exemple de protocole de détresse respiratoire aiguë](#)).
- Lorsque le patient est en soins palliatifs, il est possible pour la famille proche de rendre visite à la personne en soins de fin de vie. De façon générale, autoriser conjoint et enfants sans restriction quant au nombre de personnes, ou jusqu'à 2 personnes significatives à la fois pour toute personne en soins palliatifs. Vous référer à la [Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie](#) en période de pandémie de la COVID-19 du MSSS.

Guérison et prise en charge du déconditionnement

1. Pour la levée des mesures d'isolement des résidents lors du rétablissement (responsabilité attribué à l'équipe PCI), cela dépend de la présentation de la maladie (légère ou sévère) ou de son statut d'immunosupprimé ou non. Pour consulter les mesures complètes, vous référer à la section « Durée des mesures » du document de l'INSPQ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue](#)

[durée pour aînés](#). Pour la définition d'une condition d'immunosuppression, vous référer à celle décrite par l'INESSS dans son rapport [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#).

2. La période qui suit la guérison devra inclure la prise en charge du déconditionnement post-infection. Il vous est suggéré de suivre les recommandations mises en place dans vos milieux pour s'assurer que le plan de prévention en lien avec l'immobilisation et le déconditionnement des résidents en CHSLD est appliqué. Vous référer également à [Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie](#) du MSSS.

CODE bleu dans les CHSLD (arrêt cardiorespiratoire)

Le MSSS a émis des directives concernant la réanimation cardiorespiratoire pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux dans le contexte pandémique. Veuillez consulter le [Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19 pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux](#) du MSSS

Constat de décès

Bulletin de décès SP-3

Lors d'un décès, le constat de décès est fait par le médecin ou par tout autre professionnel de la santé dûment formé et habilité à le faire, et un bulletin de décès SP-3 doit être rempli ([ANNEXE 7 : Bulletin de décès SP-3 et exemples types](#)). Certains établissements ont élaboré une procédure pour les constats de décès à distance. Pour connaître cette procédure propre à votre milieu, veuillez vous informer auprès de la Direction des services professionnels.

Lorsque vous remplissez le bulletin de décès SP-3 à la section « *Causes du décès* » (case 22), vous devez inscrire COVID-19 si le résident est un cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) ou un cas suspecté¹ lorsque le décès survient en cours d'épisode aigu (voir les particularités à l'[ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19](#)) **ou** s'il est lié à une séquelle tardive de la COVID-19.

Il est important de maîtriser le concept « épisode aigu » ainsi que les définitions de « cas confirmés » et de « cas suspectés » comme celles-ci sont décrites à l'*Annexe - Guide de saisie Décès COVID-19 de la Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales*.

Puisque la COVID-19 est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) [[Directive sur la déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19](#)], il est également important de cocher « OUI » dans la case 27 « *Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire* ».

¹ Un cas sous investigation (prélèvement pré ou post mortem) est un cas suspecté : inscrire « *en attente de résultat* » dans les lignes de la case 22.

Déclaration à la Direction de santé publique

Formulaire K-27

Les auteurs des bulletins SP-3 ou les établissements se doivent de déclarer les décès à la Direction de santé publique de la région de résidence des personnes décédées, et ce, via le formulaire K-27 [<https://k27.pub.msss.rtss.gc.ca/DeclarerDeces.aspx>]. Le médecin a l'obligation de déclarer tous les décès qui sont reliés à la COVID-19 ou suspectés de l'être. Il ne peut pas déléguer la décision de déclarer le décès, mais il peut déléguer la complétion du formulaire K-27.

Il est à noter que le formulaire contient un champ pour y inscrire tout commentaire jugé pertinent aux fins des interventions de santé publiques¹

- [Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales](#).
 - Veuillez-vous référer à l'*Annexe - Guide de saisie Décès COVID-19* pour connaître les consignes de saisie du formulaire K-27.
- [ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19](#)
- [Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19](#) de l'INSPQ (surveillez les mises à jour).

Formulaire MADO

Vous devez également remplir le [Formulaire de déclaration d'une maladie/infection/intoxication à déclaration obligatoire \(MADO\) selon la Loi sur la santé publique \(AS-770 DT9070\)](#).

Prise en charge des corps

Pour la prise en charge des corps des résidents COVID-19 positifs ou suspectés, veuillez consulter la section « Gestion de la dépouille » du [Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19](#) de l'INSPQ.

Soutien psychologique

Pour un soutien psychologique en cette période plutôt intense, vous pouvez communiquer en tout temps avec le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) ou votre Programme d'aide aux employés (P.A.E).

¹ Pour un cas suspecté : Inclure les motifs justifiant la suspicion de COVID-19, tels que le tableau clinique, la nature du lien épidémiologique avec un cas confirmé ou tout autre élément circonstanciel que vous jugez pertinent à l'enquête épidémiologique (ex. : milieu en éclosion) [*Annexe - Guide de saisie Décès COVID-19* de la [Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales](#)].

Ressources Web utiles

1. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. *Carrefour de l'ACPM sur la COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 23 décembre 2020. [<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/covid19>].
2. CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. *COVID-19 – Particularités gériatriques – Guide de soins et revue de la littérature*, 19 avril 2020, [en ligne]. [<https://www.chudequebec.ca/getmedia/46c08b7f-bba0-4339-9ddd-a8b9eb3f533a/Guide-COVID-19-Particularites-geriatriques-CHU-M-2020-04-13.aspx>]. (Consulté le 9 janvier 2021).
3. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Bienvenue sur le site du Collège des médecins du Québec*, [En ligne]. [<http://www.cmq.org/>].
4. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication : guide d'exercice*, [En ligne], 2015. [<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1611032116808>]. (Consulté le 9 janvier 2021).
5. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Le médecin*, [En ligne], mis à jour le 16 décembre 2020. [<http://www.cmq.org/page/fr/rappel-important-sur-les-niveaux-de-soins.aspx>]. (Consulté le 10 janvier 2021).
6. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Rappel important sur les niveaux de soins*, [En ligne], mis à jour le 16 décembre 2020. [<http://www.cmq.org/page/fr/rappel-important-sur-les-niveaux-de-soins.aspx>]. (Consulté le 10 janvier 2021).
7. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Utilisation de plateformes Web pour la consultation médicale : derrière l'écran, de vrais patients!*, [En ligne], mis à jour le 17 avril 2019. [<http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx>]. (Consulté le 10 janvier 2021).
8. COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE DES MÉDECINS EN CHSLD (CPMC). *Pour l'échange de connaissances, le soutien des meilleures pratiques et la promotion des soins de longue durée au Québec*, [En ligne], 2020. [<https://cpmchsl.ca/>].
 - ZHANG, S., J. CHABOT, et A. DOUSSAU. « *Guide COVID-19 pour les médecins en CHSLD* », mis à jour le 24 décembre 2020, [En ligne]. [<https://docs.google.com/document/d/1aqY84tYB0ZRyZkFVBr0a7VINaeY7KenDJD9wJPI13LE/edit>]. (Consulté le 9 janvier 2021).
 - ZHANG, S. « *Préparation et gestion COVID-19 : Top 10 + Checklists* », [En ligne]. [<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1x8uLA3JyU9Zx8zGaqFF1RgKPNf13rQxa8AZtsRIT7Cc/edit#gid=1292686759>]. (Consulté le 9 janvier 2021).
 - CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. « *Ordonnance médicale pour les cas COVID-19 en milieu extrahospitaliers* », 27 avril 2020, mis à jour le 12 novembre 2020, [En ligne].

- [\[https://drive.google.com/file/d/1eiE6ESen5rPFM6jN6gKMxd6XWvwT14J1/view\]](https://drive.google.com/file/d/1eiE6ESen5rPFM6jN6gKMxd6XWvwT14J1/view). (Consulté le 9 janvier 2021).
- *Fin de vie en contexte de pandémie*, 12 avril 2020, [Vidéo]. [\[https://www.youtube.com/watch?v=J3HBdYTeZpA&feature=youtu.be\]](https://www.youtube.com/watch?v=J3HBdYTeZpA&feature=youtu.be). (Consulté le 9 janvier 2020).
 - CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. « *Ordonnance médicale pour les soins de fin de vie pour résidents dans le contexte de la pandémie COVID-19 – Hébergement et réadaptation*, 17 avril 2020, [En ligne]. [\[https://drive.google.com/file/d/1jwirpeKz5k4K6cunvZ10ZsxWurHKv067/view\]](https://drive.google.com/file/d/1jwirpeKz5k4K6cunvZ10ZsxWurHKv067/view). (Consulté le 9 janvier 2021).
 - ROYER-PERRON, E., et Y.S. SON. « *Fin de vie – contexte COVID+ ou suspicion COVID – Outil pour les médecins* », 19 avril 2020, [En ligne]. [\[https://drive.google.com/file/d/1Fy3skm3DHZqL2IxKwNw3wiV8iTDfYH4M/view\]](https://drive.google.com/file/d/1Fy3skm3DHZqL2IxKwNw3wiV8iTDfYH4M/view). (Consulté le 9 janvier 2021).
9. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC – FORMATION CONTINUE PARTAGÉE. *Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial*, [En ligne]. [\[https://fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html\]](https://fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html).
 10. FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. *Section Coronavirus (COVID-19)*, [en ligne], 2021. [\[https://www.fmoq.org/pratique/coronavirus/\]](https://www.fmoq.org/pratique/coronavirus/).
 11. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Lavage des mains*, [En ligne], mis à jour le 11 décembre 2020. [\[https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/lavage-des-mains/\]](https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/lavage-des-mains/). (Consulté le 9 janvier 2021).
 12. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Centre d'expertise et de référence en santé publique*, [En ligne], 2020. [\[https://www.inspq.qc.ca/\]](https://www.inspq.qc.ca/).
 13. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie*, [En ligne], 24 avril 2020, version 2.0. [\[https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19\]](https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19) (Consulté le 10 janvier 2021).
 14. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *COVID-19 : Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19*, [En ligne], 4 septembre 2020, version 4.1. [\[https://www.inspq.qc.ca/publications/2975-guide-gestion-deces-covid19\]](https://www.inspq.qc.ca/publications/2975-guide-gestion-deces-covid19) (Consulté le 10 janvier 2021).
 15. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 26 novembre 2020, version 3.1. [\[https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19\]](https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19) (Consulté le 10 janvier 2021).

16. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires*, [En ligne], 13 septembre 2018. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2439>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
17. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Prévention et contrôle des infections*, 2021, [En ligne], mis à jour le 15 janvier 2021. [<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
18. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins*, [En ligne], mis à jour le 3 décembre 2021. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
19. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés*, 2021, [En ligne], mis à jour le 7 janvier 2021. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19>]. (Consulté le 20 janvier 2021)
20. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et corticostéroïdes systémiques*, [En ligne], 23 octobre 2020. [<https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/corticosteroides.html>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
21. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et personnes immunosupprimées*, [En ligne], 24 septembre 2020. [<https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/personnes-immunosupprimees-mise-a-jour-completee-le-24-09-2020.html#c4919>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
22. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte hors-hospitalier*, [En ligne], 3 décembre 2020. [<https://www.inesss.qc.ca/covid-19/alternatives-de-traitements-en-contexte-de-pandemie/reanimation-cardiorespiratoire-rcr-en-contexte-hors-hospitalier.html>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
23. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et risques thrombotiques*, [En ligne], 23 juin 2020. [<https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/risques-thrombotiques.html>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Comité directeur clinique COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 27 août 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/>]. (Consulté le 20 janvier 2021).

26. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Coronavirus (COVID-19)*, [En ligne], mis à jour le 23 décembre 2020. [<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/>]. (Consulté le 10 janvier 2021).
27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *COVID-19 pour les professionnels*, [En ligne], 2021. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/>].
28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 – Réaffectation des effectifs médicaux*, [En ligne], mis à jour le 23 octobre 2020. [<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/reaffectation-des-effectifs-medicaux/>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 à l'intention des travailleurs de la santé*, Directive no : DGSP-010, [En ligne], mis à jour le 14 janvier 2021. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002869/>]. (Consulté le 22 janvier 2021).
30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur la déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19*, Directive no : DGSP-008, [En ligne], mis à jour le 5 janvier 2021. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002852/>]. (Consulté le 22 janvier 2021).
31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales*, Directive no : DGSP-004, [En ligne], 30 décembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002845/>]. (Consulté le 22 janvier 2021).
32. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur les mesures applicables aux différents milieux de vie et de soins (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCl, internat, foyer de groupe ou milieux de réadaptation en déficience physique, santé physique et modérée pour adulte) pour la période du 9 janvier au 8 février 2021*, Directive no : DGAPA-019, [En ligne], mis à jour le 21 janvier 2021. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002872/?&txt=DGAPA-019&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC]. (Consulté le 22 janvier 2021).
33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte*, Directive no : DGSP-001, [En ligne], mis à jour le 8 octobre 2021. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002853/>]. (Consulté le 20 janvier 2021).

35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*, Directive no : DGAPA-007, [En ligne], mis à jour le 30 octobre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002707/>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie*, Directive no : DGAPA-010, [En ligne], 10 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719/>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives sur la couverture médicale dans les milieux de vie pour aînés (CHSLD, RI-RTF, RPA) en contexte de la pandémie de la COVID-19*, Directive no : DGAPA-017, [En ligne], mis à jour le 23 décembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
38. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie*, Directive no : DGAUMIP-014, [En ligne], 19 janvier 2021. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002865/>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
39. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives sur les zones tampons*, Directive no : DGAPA-015, [En ligne], 30 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002788/>]. (Consulté le 21 janvier).
40. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Formulaire AH-744-DT9261 – Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire*, [En ligne], 2016-01. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument>]. (Consulté le 10 janvier 2021).
41. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Formulaire AS-770-DT9070 – Déclaration d'une maladie/infection/intoxication à déclaration obligatoire (MADO) selon la Loi sur la santé publique*, [En ligne], 2019-06. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument>]. (Consulté le 22 janvier 2021).
42. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Formulaire de déclaration de cas COVID-19 décédé*, [En ligne], 2020. [<https://k27.pub.msss.rtss.qc.ca/DeclarerDeces.aspx>] (Consulté le 25 janvier 2021).
43. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel – À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés*, [En ligne], 16 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002748/>]. (Consulté le 10 janvier 2021).

44. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Infolettres – Directives COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 12 janvier 2021. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/abonnement/?l=directives-covid>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
45. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Niveaux de soins – Niveaux d'intervention médicales (NIM) : Parlons-en dans le contexte de la pandémie de COVID-19 – Coffre à outils pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté*, [En ligne], 24 avril 2020. [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/4-2_PJ_Coffre_a_outils_NIM_%20parlons-en_2020-04-24.pdf]. (Consulté le 10 janvier 2021).
46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Présentations cliniques INESSS*, [En ligne], mis à jour le 30 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/>]. (Consulté le 9 janvier 2020).
47. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19 pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux*, [En ligne], mis à jour le 29 mai 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002512/>]. (Consulté le 10 janvier 2020).
48. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Tableaux : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19*, Directive no : DGAPA-001, [En ligne], mis à jour le 13 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
49. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Trajectoires 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*, Directive no : DGAPA-005, [En ligne], 11 décembre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC]. (Consulté le 10 janvier 2021).
50. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Vaccination contre la COVID-19*, 2021, [En ligne], mis à jour le 20 janvier 2021. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/vaccination-contre-la-covid-19/>]. (Consulté le 22 janvier 2021).
51. PALLI-SCIENCE. *Site québécois de formation en soins palliatifs et oncologie de première ligne*, [En ligne], 2005-2021. [<https://palli-science.com>].
- *Mini-guide Palli-Science – Outil pour la prise charge de résidents en soins palliatifs*, 21^e édition, 2020, [En ligne]. [<http://pdf.palli-science.com/books/zdeg/>]. (Consulté le 9 janvier 2021).

ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires

SYMPTÔMES TYPIQUES DE LA COVID-19

- Signes et symptômes les plus fréquents
 - ✓ Fièvre
 - ✓ Toux sèche

- Autres symptômes possibles
 - ✓ Essoufflement
 - ✓ Fatigue
 - ✓ Perte d'odorat (anosmie) sans congestion nasale
 - ✓ Perte du goût

SYMPTÔMES ATYPIQUES GÉRIATRIQUES POSSIBLES

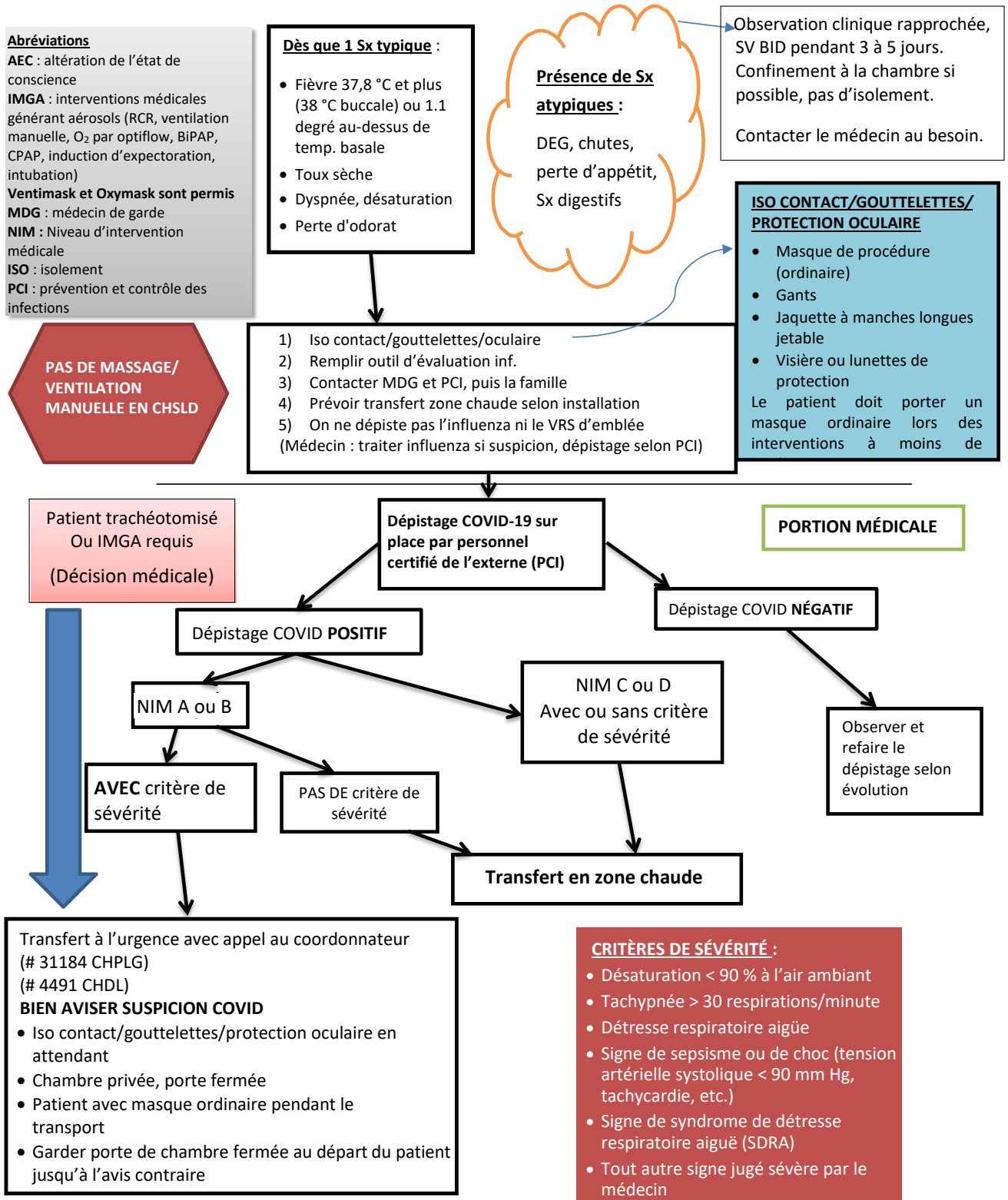
- Changement soudain de l'état mental
 - ✓ Plus confus
 - ✓ Plus somnolent
 - ✓ « On ne le reconnaît plus »
 - ✓ Ne sait plus comment utiliser ses affaires

- Perte d'autonomie
 - ✓ Chute
 - ✓ Incontinence nouvelle
 - ✓ N'est plus capable de participer aux soins comme avant

- Changement de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement existant)
 - ✓ Agité
 - ✓ Pas comme d'habitude
 - ✓ Agressivité/irritabilité
 - ✓ Perte d'appétit

- Perturbation du sommeil

ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD



Modèle proposé par D^{re} Julie Deschambeault, D^{re} Nadine Gauthier et M^{me} Annick Larose, 1^{er} janvier 2021_v9. (Reproduit avec l'autorisation des autrices)

ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD

Tenter de transférer les résidents en chambre individuelle. En attendant :

- Garder une séparation d'au moins 2 mètres entre les résidents;
- Dresser un rideau entre les résidents;
- Utiliser une chaise d'aisance pour le résident symptomatique.

ANNEXE 4 : Exemple de protocole de détresse respiratoire aiguë

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec



PROTOCOLE DE DÉTRESSE EN FIN DE VIE

Cette prescription est au dossier du client en PRN. Il est administré selon l'évaluation de l'infirmière.
Le midazolam est le premier médicament à être administré, puis le narcotique et la scopolamine dans une même seringue pour la deuxième injection (ce protocole peut également être administré dans trois seringues différentes selon le contexte).

INDICATIONS :

- Détresse respiratoire (tachypnée supérieure à 26R/min, tirage, anxiété sévère, agitation, panique, impression de mort imminente, cyanose, sécrétions bronchiques effort marqué afin de prononcer 2 ou 3 mots).
- Autre indication : _____ (hémorragie, douleur réfractaire).

MÉDICAMENTS :

Seringue #1 MIDAZOLAM (5mg/mL) Versed

Selon les prescriptions actuelles	Prescription
Benzodiazépine PRN ou DIE ou poids inférieur à 70 kg	<input type="checkbox"/> 5 mg SC
Benzodiazépine supérieur à DIE ou poids supérieur à 70 kg	<input type="checkbox"/> 10 mg SC
Benzodiazépine PRN à haute dose ou tolérance excessive aux benzodiazépines	<input type="checkbox"/> 15 mg SC
	<input type="checkbox"/> 20 mg SC

Seringue #2 SCOPOLAMINE (0,6mg/mL)

Peut être combinée avec le narcotique dans la même seringue	Prescription
	<input type="checkbox"/> 0,4 mg SC
	<input type="checkbox"/> 0,6 mg SC
	<input type="checkbox"/> 0,8 mg SC

Seringue #3 NARCOTIQUE Selon les prescriptions actuelles de narcotiques SC q 4h régulier ou l'équivalent

MORPHINE	Prescription	
Morphine de 0 à 5 mg SC	<input type="checkbox"/> 5 mg SC	
Morphine supérieur à : 5 à 10 mg SC	<input type="checkbox"/> 10 mg SC	
Morphine supérieur à : 10 à 30 mg SC	<input type="checkbox"/> 15 mg SC ou	
Morphine supérieur à : 30 mg SC	_____ mg SC	
HYDROMORPHONE	Prescription	
Hydromorphone de 0 à 1 mg SC	<input type="checkbox"/> 1 mg SC	
Hydromorphone supérieur à : 1 à 2 mg SC	<input type="checkbox"/> 2 mg SC	
Hydromorphone supérieur à : 2 à 4 mg SC	<input type="checkbox"/> 3 mg SC	
Hydromorphone supérieur à : 4 mg SC	_____ mg SC	
Fentanyl timbre cutané	Prescription/ morphine	Prescription/ hydromorphone
0 à 25 mcg/h	<input type="checkbox"/> 5 mg SC	<input type="checkbox"/> 1 mg SC
Supérieur à : 25 à 50 mcg/h	<input type="checkbox"/> 10 mg SC	<input type="checkbox"/> 2 mg SC
Supérieur à : 50 à 100 mcg/h	<input type="checkbox"/> 15 mg SC	<input type="checkbox"/> 3 mg SC
Supérieur à : 100 mcg/h	_____ mg SC	_____ mg SC

APPLICATION DU PROTOCOLE

- x 1 dose et aviser le médecin
- Répétable aux 20 minutes SI BESOIN AD SÉDATION
MAX 3 DOSES ET AVISER LE MÉDECIN

Signature: _____ Date _____ Heure : _____

LN0033 (2018-11-01)

PROTOCOLE DE DÉTRESSE EN FIN DE VIE

Dossier médical
D.I.C.: 3-4-1
Page 1 de 1

ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire

Bonjour chères collègues et chers collègues,

La situation actuelle nous mène à devoir nous préparer à répondre à une demande croissante en soins de fin de vie. Dans l'éventualité où l'équipe de soins palliatifs ne serait pas en mesure de répondre à la demande de tous, je vous envoie un **guide** d'utilisation des médicaments en soins palliatifs, plus particulièrement ceux utilisés pour des symptômes respiratoires. Les complications actuelles du COVID-19 semblent être insuffisance respiratoire, IRA, choc septique et CMP virale. Certains d'entre vous sont possiblement déjà à l'aise, tant mieux si vous n'avez pas besoin de ce rappel. Pour les autres, ça donne une base. Nous resterons bien sûr disponibles pour toute question.

- **Dyspnée**

○ Utiliser en priorité les **narcotiques**

1) **Dilaudid** 0,5 mg s/c q4h régulier + q1h PRN (*privilégier re : difficulté d'approvisionnement avec morphine s/c*)

- On peut augmenter les doses régulières par bond de 0,5 mg à 1 mg s/c.
- Dose de PRN : 50 % de la dose régulière q4h.

2) **Morphine** 2,5 mg s/c q4h reg + 2,5 q1h PRN

- On peut augmenter les doses régulières par bond de 2,5 à 5 mg.
- Dose de PRN : 50 % de la dose régulière q4h.

*S'il venait à manquer de morphine s/c, la **voie bucco-gingivale** pourrait être utilisée avec du sirop de morphine 5 mg/mL. Les doses de départ seraient alors de 10 mg transgingivale q4h reg + q1h PRN.*

○ Les **benzodiazépines** peuvent aussi être utilisées (*Attention difficulté d'approvisionnement avec l'ativan s/c et le versed s/c*)

1) **Ativan** p.o. à privilégier dans le contexte : 0,5 mg p.o. q6h reg + q4h PRN

2) **Ativan** 0,5 mg s/c q 6h régulier + q4h PRN

3) **Versed** 2,5 mg s/c q4h régulier + q2h PRN (Efficace plus rapidement mais tachyphylaxie lorsque dose > 20 mg/24h, donc à utiliser en fin de vie)

4) *S'il venait à manquer d'ativan et de versed s/c, la **voie bucco-gingivale** pourrait être utilisée avec des comprimés d'ativan s/l, même dose.*

- **Râles**

- Si surcharge/épanchement, débiter avec **lasix** 40 mg s/c (20 mg dans chaque épaule) q30 minutes jusqu'à disparition des symptômes (maximum 3 doses, cesser si inefficace)
 - 1) Peut être répété q8h si efficace
- Robinul 0,4 mg s/c q4h (inutile d'augmenter q2h)
- Scopo 0,6 mg s/c q4h (inutile d'augmenter q2h pour les râles sauf si effet sédatif souhaité)

- **Sédation**

- Si des difficultés d'approvisionnement avec l'ativan s/c et le versed sont éprouvées, éviter ces molécules et utiliser :
 - **Nozinan** 12,5 mg s/c q4h reg
 - **Scopo** 0,4 mg s/c q4h reg

- Le **protocole de détresse** est disponible dans tous les bureaux de médecin.

- *** *Scopo* 0,4 mg s/c dans le protocole, peu importe la dose régulière ***
(sinon risque de tachyphylaxie)

D^{re} Marianne St-Germain, chef de service de soins palliatifs, Hôpital Pierre Le Gardeur
(Reproduit et mis à jour avec l'autorisation de l'autrice)

ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19

Pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux

Principes directeurs :

1. La transmission communautaire est le principal moyen de transmission de la COVID-19 en province. Certaines manœuvres de réanimation cardiaque sont considérées plus à risque de générer des aérosols, notamment la ventilation et l'intubation.
2. Toute personne en arrêt cardio-respiratoire (ACR) devrait être considérée comme une personne potentiellement à risque de transmettre l'infection.
3. La protection des intervenants et des travailleurs de la santé est la priorité en temps de pandémie. Les équipements de protection adéquats doivent être vêtus par le premier intervenant avant d'entreprendre les manœuvres.
4. La défibrillation et le massage cardiaque devraient être réalisés indépendamment du risque d'infection du patient à la COVID-19, puisque ces manœuvres seraient moins à risque de produire des aérosols.
5. La gestion des voies aériennes définitives et la gestion de la ventilation doivent se faire par une personne expérimentée (ex. : médecin, paramédic) et équipée d'une protection individuelle optimale de type aérienne-contact qui inclut le port du masque N95 en plus de protection oculaire, blouse et gants.

Quoi faire en présence d'une personne faisant un ACR?


1. Demander de l'aide.
2. Appeler le 911; et mentionner si l'urgence se trouve en zone rouge.
3. Indiquer à un collègue de vérifier le dossier de la personne en ACR si un niveau d'intervention médical (NIM) est déterminé, le cas échéant.
 - Les intervenants ont une OBLIGATION de respecter les volontés de la victime d'un ACR si ses volontés sont connues.
4. Sortir le chariot de code et/ou le défibrillateur.
 - S'il n'y a pas de défibrillateur disponible, le répartiteur d'urgence pourra vous aider à trouver le défibrillateur le plus proche ou vous assister par téléphone.
5. Porter des gants, un masque chirurgical, une blouse et une protection oculaire.
6. Mettre un masque chirurgical à la personne en ACR. Si un masque n'est pas à la portée de l'intervenant, celui-ci peut mettre un linge ou un vêtement pour lui couvrir la bouche et le nez.
 - Si disponible, un masque à oxygène sans réinspiration peut être utilisé au lieu du masque de procédure et ainsi fournir une oxygénation passive.
7. Commencer le massage cardiaque immédiatement s'il y a un délai avant l'arrivée du défibrillateur.

8. Installer les pads de défibrillation à la personne. Si les chocs sont recommandés, procéder à la défibrillation en suivant les indications du défibrillateur.
9. Débuter ou poursuivre le massage cardiaque et si utilisé, suivre les indications du défibrillateur jusqu'à l'arrivée des secours.
10. La ventilation active avec un ballon-masque peut être considérée selon le niveau d'expérience de l'intervenant, la disponibilité du matériel de ventilation et de protection et du nombre d'intervenants requis pour cette manœuvre.
11. Poursuivre les soins selon le niveau de compétence jusqu'à ce que les secours (ex. : paramédics) prennent en charge les soins ou que la victime commence à bouger.
12. Une fois les manœuvres terminées, le matériel de protection doit être disposé de manière sécuritaire afin de viser à réduire les risques d'infection.

Pour informations complémentaires, veuillez consulter le rapport [COVID-19 et réanimation cardiorespiratoire \(RCR\) en contexte hors-hospitalier](#) produit par l'INESSS.

ANNEXE 7 : Bulletin de décès SP-3 et exemples types

a) Aperçu du formulaire complet



Une réalisation de:
 • Ministère de la Santé et des Services sociaux
 • Institut de la statistique

SP-3
Bulletin de décès

Bien vouloir remplir le formulaire en lettres moulées avec un stylo ou à la machine à écrire. Appuyer fortement.

LIEU DU DÉCÈS

1. Nom de l'installation où a eu lieu le décès

2. Code d'installation

3. Adresse de l'endroit où a eu lieu le décès (n°, rue, municipalité, province ou pays)

Code postal

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE (Inscrire le nom de famille et le(s) prénom(s) selon l'acte de naissance)

4. Nom de famille

6. N° d'assurance maladie

5. Prénom usuel

7. Date de naissance

8. Âge au décès

Si âgé(e) de plus d'un an

Si âgé(e) de moins d'un an

Si âgé(e) de moins de 24 heures

Si âgé(e) de moins de 7 jours, donner le poids à la naissance en grammes

9. État matrimonial

Célibataire (jamais marié (e))

Marié (e)

Veuf (ve)

Divorcé (e)

Séparé (e) légalement

10. Lieu de naissance (province ou pays)

11. Langue d'usage à la maison

Français

Anglais

Autre (préciser)

12. Nom du (de la) conjoint (e) de la personne décédée

13. Si la personne décédée était mariée, indiquer l'âge de son (sa) conjoint (e)

14. Adresse du domicile de la personne décédée

N° Rue

Municipalité, province ou pays

Code postal

15. Nom de famille de la mère (selon l'acte de naissance)

16. Prénom usuel de la mère

17. Nom de famille du père

18. Prénom usuel du père

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

19. Date et heure du décès

20. Sexe de la personne décédée

Masculin

Féminin

Indéterminé

21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1)

Oui

Non

22. Causes du décès

1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès*

Antécédents. Affections morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité. L'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu

a) due à (ou consécutives à)

b) dues à (ou consécutives à)

c) dues à (ou consécutives à)

d) (cause initiale)

2. Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué

* Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: *défaillance cardiaque, syncope, etc.*, mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.

23. Y a-t-il eu autopsie?

Oui

Non

24. Présence de radio-isotopes

Oui

Non

25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?

Oui

Non

26. Si mort violente, cocher À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT

Accident

Suicide

Homicide

27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire

Oui

Non

Préciser

28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)

29. Qualité de l'auteur de la certification médicale

Médecin

Coroner

Autre

30. Nom de famille et prénom usuel de l'auteur de la certification médicale

31. N° de téléphone où l'auteur peut être rejoint

32. Adresse (n°, rue, municipalité, province)

Code postal

J'ai rédigé au meilleur de ma connaissance les causes et les circonstances du décès de cette personne. Les renseignements cotés sont transmis à l'Institut de la statistique du Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux, au directeur des funérailles, à Statistique Canada, au Directeur du Régistre civil ainsi qu'aux autorités responsables des données de l'état civil de la province de résidence de la personne décédée s'il y a lieu. Les renseignements transmis sont soumis aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, sauf en ce qui concerne le Directeur de l'état civil et l'autorité responsable des données civiles de la province de résidence de la personne décédée s'il y a lieu qui ne sont pas assujettis à celle-ci. Les conditions sont énumérées au verso de la page 2.

33. Signature de l'auteur de la certification médicale

34. Date de la signature

35. Si médecin, n° de permis de la Corp. des médecins

DISPOSITION DU CORPS / DIRECTEUR DE FUNÉRAILLES

36. Mode de disposition

Inhumation

Crémation

Étude de l'anatomie

Transport à l'extérieur du Québec

37. Nom de la maison funéraire

38. N° de permis (dir. de funérailles)

39. Adresse de la maison funéraire (n°, rue, municipalité, province ou pays)

Code postal

40. Date de la prise en charge

41. Nom et prénom du représentant de la maison funéraire

42. Signature du représentant

b) Exemple lors d'un décès dû à la COVID-19 (extrait)

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

19. Date et heure du décès _____

20. Sexe de la personne décédée
 Masculin Féminin Incertain

21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1)
 Oui Non

22. Causes du décès

1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès*
 a) COVID-19
 due à (ou consécutives à) _____
 b) _____
 dues à (ou consécutives à) _____
 c) _____
 dues à (ou consécutives à) _____
 d) _____
 (cause initiale)

2. Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué
TNCM

* Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.

23. Y a-t-il eu autopsie? Oui Non

24. Présence de radio-isotopes
 Oui Non

25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?
 Oui Non

26. Si mort violente, cocher
 À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT
 Accident Suicide Homicide

Si oui, la certification de la cause du décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie?
 Oui Non

27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire
 Oui Non Préciser _____

28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)

c) Exemple lors d'un décès lié à une conséquence due à la COVID-19 (extrait)

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

19. Date et heure du décès _____

20. Sexe de la personne décédée
 Masculin Féminin Incertain

21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1)
 Oui Non

22. Causes du décès

1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès*
 a) Insuffisance rénale aiguë
 due à (ou consécutives à) IRC
 b) _____
 dues à (ou consécutives à) _____
 c) COVID-19 résolu en date du
 (cause initiale)

2. Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué

* Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.

23. Y a-t-il eu autopsie? Oui Non

24. Présence de radio-isotopes
 Oui Non

25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?
 Oui Non

26. Si mort violente, cocher
 À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT
 Accident Suicide Homicide

Si oui, la certification de la cause du décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie?
 Oui Non

27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire
 Oui Non Préciser _____

28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)

ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19

(Le document qui est présenté ci-après a été produit par la Direction générale des opérations et de la protection en santé publique de la Direction générale de la santé publique du MSSS)

Coronavirus COVID-19

1^{er} décembre 2020

Gestion des décès liés à la COVID-19

ÉTAPE 1- DIRECTIVE POUR LES AUTEURS DES CERTIFICATIONS MÉDICALES (SP-3) ET ÉTABLISSEMENTS

Rappel et directives pour les auteurs des certifications médicales et les établissements :

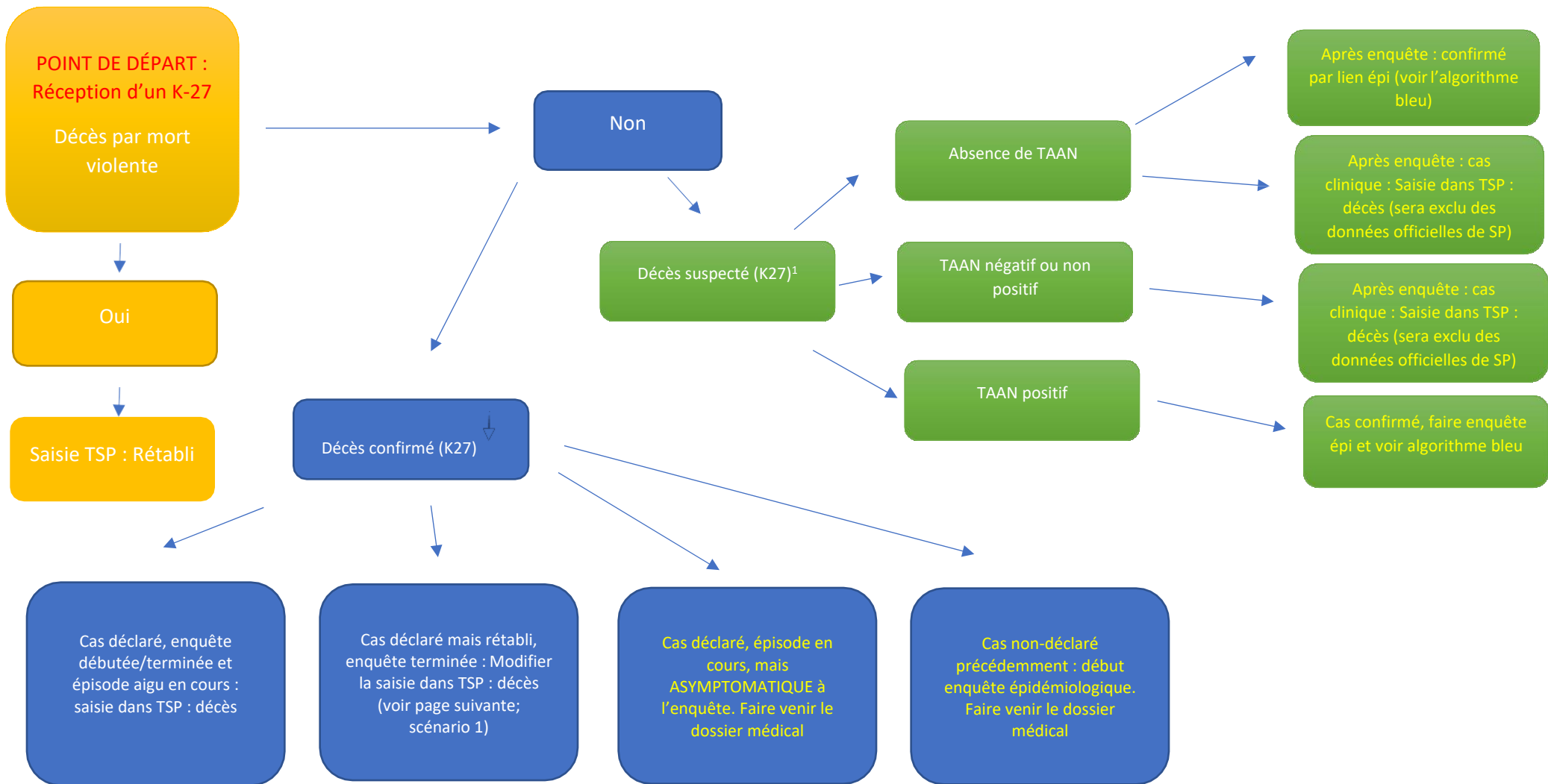
1. Tous les décès de cas confirmés ou suspectés d'être liés à la COVID-19 doivent être déclarés à la DSPublique de la région de résidence du défunt, via le formulaire K-27, dans la journée de la survenue du décès.
2. Consulter le Guide de gestion des décès liés à la COVID-19¹ (INSPQ) et le Guide de saisie du K-27 du MSSS (p. j.) :
 - a. **Pour les auteurs de la certification médicale (SP-3) :**
 - Veuillez consulter les guides mentionnés au point 1 pour connaître les définitions des décès à déclarer.
 - Il est à noter qu'un K-27 doit être rempli pour :
 - **Les cas actifs ou dont l'épisode aigu est en cours**². La COVID-19 devrait alors être inscrite à la case 22.1. ou 22.2 du SP-3. Pour déterminer la période de l'épisode aigu, se référer aux critères de levée d'isolement (voir annexe 1).
 - **Les décès qui surviennent à la suite de séquelles tardives de la COVID-19**, lorsque l'auteur de la certification médicale inscrit la COVID-19 à la case 22.1 ou 22.2 du SP-3, et ce même lorsque l'épisode aigu de la maladie est terminé.

3. La responsabilité de remplir le K-27 incombe à l'auteur de la certification médicale. Toutefois, certains CIUSSS/CISSS ont mis en place un processus afin de déléguer cette responsabilité. Le K-27 doit être rempli dans la journée où survient le décès. Le SP-3 doit être acheminé à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), selon les procédures habituelles.

¹ Source : Guide de gestion des décès liés à la COVID-19, INSPQ, (<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/COVID/2975-guide-gestion-deces-COVID19.pdf>)

1^{er} décembre 2020 Trajectoire de la déclaration des décès liés à la COVID-19

Étape 2 : ALGORITHME POUR LA GESTION DES DÉCÈS COVID-19- DÉCLARÉS PAR K-27



1. Le TAAN peut être réalisé en pré ou post-mortem

1^{er} décembre 2020 Trajectoire de la déclaration des décès liés à la COVID-19

Étape 2 : ALGORITHME POUR LA GESTION DES DÉCÈS COVID-19- DÉCLARÉS PAR K-27

N.B. Valider les décès dans l'indicateur de l'Infocentre. Pour les discordances, faire venir le dossier médical.

Précisions importantes pour les DSPublique

- La validation de la COVID-19 en tant que cause du décès (principale ou secondaire) doit reposer sur le jugement clinique.
- Attentes minimales : Lors de la réception d'un K-27, les nouvelles déclarations (K-27) de décès de cas confirmés non déclarés précédemment ainsi que les décès « suspectés » doivent être enquêtés.
- Les DSPublique doivent vérifier dans l'indicateur de l'Infocentre la concordance entre SP-3 (ISQ) et les données de TSP. Lorsqu'il y a discordance : faire venir le dossier médical et valider. N.B. Des délais dans la réception des SP-3 par l'ISQ sont à prévoir.
- Indicateur des décès COVID-19 de l'Infocentre : Selon les directives définies par l'OMS et utilisés par l'ISQ, les cas confirmés par TAAN devraient être codés U07.1. et les cas confirmés par lien épidémiologique ainsi que les cas cliniques devraient être codés U07.2. Toutefois, il est important de préciser que l'ISQ n'a pas complété son exercice de validation des causes de décès.
- Les cas cliniques sont exclus des données officielles de santé publique, même s'ils sont saisis comme « décédé » dans la section évolution du cas dans TSP (fiche signalétique).

Scénario 1.

Déclaration d'un décès lié à la COVID-19, survenue après l'épisode aigu³ alors que l'enquête est terminée

- Une personne peut décéder de séquelles tardives de la COVID-19.
- Lorsque vous recevez un K-27 pour un cas que vous aviez classé « rétabli » selon l'algorithme dans TSP; changer l'évolution de ce cas à « décédé » au lieu de « rétabli ». Vérifier dans l'indicateur de l'Infocentre que les données concordent (c'est-à-dire, que la COVID-19 figure bel et bien parmi les causes sur le SP-3). N.B. Des délais dans la réception des SP-3 par l'ISQ sont à prévoir.

Scénario 2.

Les personnes sous investigations (PSI) qui décèdent avant l'obtention du résultat du TAAN ou donc pour lesquelles on effectue un TAAN post-mortem, doivent être déclarées à la DSPublique (k-27), afin que cette dernière puisse faire une enquête épidémiologique et isoler les contacts le cas échéant. Voir l'algorithme (vert) pour la gestion du décès, lorsque le résultat est obtenu.

Scénario 3.

La DSPublique consulte l'Indicateur de l'Infocentre pour les décès COVID. Elle voit un décès codé COVID sur les SP-3, alors que dans TSP, cette personne est un contact.

Il s'agit d'un décès suspecté, qui doit être enquêté. L'enquête permettra de déterminer si la personne décédée correspond à la définition de cas confirmé (par lien épidémiologique ou par labo), de cas clinique ou si elle conserve le statut de contact. Si la personne demeure un contact, ne pas saisir son décès dans TSP. Se référer à l'algorithme (bulles en vert).

³ Voir l'annexe 1 de la définition de la période d'épisode aigu

1^{er} décembre 2020

Gestion des décès liés à la COVID-19

ÉTAPE 3- SAISIE DANS TSP

Directive de saisie pour les décès liés à la COVID-19 :

- La saisie de l'évolution du cas se fait dans la fiche signalétique
- Évolution du cas : Décédé
- Date du décès : se référer au K-27
- Décès lié à une maladie respiratoire : Ce libellé sera modifié dans une prochaine version de la fiche signalétique afin de faciliter la saisie. Entre-temps, inscrire inconnu
- Cause de décès : Inscrire le numéro du SP-3 (commençant par un 3- en haut du K-27). Ce libellé sera modifié dans une prochaine version de la fiche signalétique afin de faciliter la saisie.
- Lieu du décès : sélectionner le bon type de milieu (CH, CHSLD, etc.). Saisir ensuite les coordonnées du milieu. Lorsqu'il s'agit d'un type de milieu pour lequel un référentiel est intégré, saisir le milieu à partir de celui-ci.

Ce décès sera alors comptabilisé parmi les décès liés à la COVID-19 de votre région (à l'exception des cas cliniques).

N.B. Vérifier régulièrement l'indicateur de l'Infocentre pour les discordances entre les décès SP-3 et TSP.

Annexe 1 : Épisode aigu de COVID-19


La période d'épisode aigu de la COVID-19 correspondrait à :

- Période **d'au moins 10 jours** écoulée depuis l'apparition du premier symptôme associé à la COVID-19 (incluant les symptômes non respiratoires).
- Pour les cas ayant eu une maladie sévère (c.-à-d. hospitalisés aux soins intensifs en lien avec la COVID-19), attendre 21 jours plutôt que 10 jours. (incluant les symptômes non respiratoires).
- Pour les cas immunosupprimés, attendre 28 jours plutôt que 10 jours ; toutefois, si deux résultats de TAAN négatifs consécutifs sont obtenus à au moins 24 heures d'intervalle entre les jours 21 et 28, l'isolement peut être levé dès la réception du 2e résultat négatif. (incluant les symptômes non respiratoires).
- Pour les cas confirmés asymptomatiques, la durée de l'isolement est calculée à partir de la date du prélèvement.

Ces 3 périodes de référence sont prolongées tant qu'il n'y a pas résolution des symptômes liés à l'épisode aigu (amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant certains symptômes qui peuvent persister) ET absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétiques)).

La survenue d'un décès durant la période précédant la résolution des symptômes associés à l'épisode aigu constitue un décès durant un épisode aigu de COVID-19.

**Santé
et Services sociaux**

Québec 



Plan provincial d'organisation et de priorisation des services médicaux pour les milieux de vie pour aînés

Mise à jour 15 juin 2021

Rédaction :

D^{re} Danielle Daoust, coprésidente du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, MSSS et médecin de famille, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;
M^{me} Valérie Guillot, conseillère en gérontologie, Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA), MSSS;
M^{me} Dyane Benoit, consultante, direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA), MSSS.

Soutien à la rédaction :

M^{me} Catherine Hamelin, conseillère en pertinence clinique, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Sous-comités des services médicaux**Co-responsable :**

M^{me} Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe et coprésidente du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, DGAPA, MSSS;

Membres :

M^{me} Élisabeth Arpin, inf. MSc, Directrice nationale des soins et services infirmiers, MSSS;
D^r Réal Barrette, Co-président du Comité et Médecin-conseil, MSSS;
D^{re} Marie-Pier Boucher, Md FRCPC, Spécialiste en médecine d'urgence, CISSS Chaudière-Appalaches, Directrice adjointe du programme de médecine d'urgence spécialisée;
D^{re} Élise Boulanger, MDCM, CCFP, MScM, Médecin de famille Centre Médical Glen, CHSLD Father Dowd Faculty Lecturer (Clinical), McGill University, Department of Family Medicine;
M. Christophe Cadoz, Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
M^{me} Mélanie Caron, Pharm D, ICD.D, Conseillère spéciale en pharmacie et télésanté, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, MSSS;
M^{me} Karine Labarre, conseillère experte en soins gériatriques et soins de proximité, DGAUMIP, MSSS;
D^{re} Nadine Larente, Directrice des services professionnels, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
D^{re} Michèle Morin, interniste gériatre et cogestionnaire médicale à la direction du programme SAPA, Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches;
M^{me} Marie-Pier Pagé, Conseillère en soins infirmiers, volet IPS, Direction nationale des soins et services infirmiers, MSSS;
D^{re} Diane Poirier, directrice générale adjointe de la coordination réseau et directrice de la coordination ministérielle 514-450, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles, MSSS;
D^{re} Lucie Poitras, directrice générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique, DGAUMIP, MSSS;
D^{re} Diane Poirier MD, MSc, Présidente du comité ministériel des soins critiques COVID-19, Directrice générale adjointe de la coordination réseau. Directrice de la coordination ministérielle 514-450, MSSS;
D^{re} Raymonde Vaillancourt, chef du département régional de médecine générale, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;
D^{re} Sophie Zhang, cocheffe adjointe hébergement, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Révision :

M^{me} Isabelle Jasmin, adjointe de direction, DGAUMIP, MSSS.

Table des matières

Introduction.....	1
Mise en contexte	1
Objectifs et principes directeurs.....	2
Objectifs.....	2
Principes généraux	2
Caractéristiques d'un accès optimal aux services médicaux.....	3
Contribution des médecins et des IPS	3
La couverture médicale en MVA	3
RECOMMANDATION 1 : La couverture médicale/IPS en MVA soit ouverte à l'ensemble des médecins (établissement et première ligne) et IPS, supportés, idéalement, par des médecins avec expertise dans ce secteur.....	4
RECOMMANDATION 2 : Priorisation du délestage des autres activités des médecins et des IPS en fonction des compétences et expertise dans le secteur, soit l'intervention auprès des personnes vulnérables en MVA ou recevant des services à domicile.....	4
RECOMMANDATION 3 : Garde médicale première ligne.....	5
RECOMMANDATION 4 : Coordination médicale gériatrique (CMG) - Triage, orientation, coordination et soutien-conseil aux fins d'interventions préventives préhospitalières.....	5
AUTRES RECOMMANDATIONS DE MESURES POUR AMÉLIORER LA COUVERTURE MÉDICALE....	5

Introduction

Le présent document s'adresse aux gestionnaires, médecins et infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de première ligne qui sont impliqués dans la priorisation et l'organisation des services médicaux. Le texte qui suit présente les objectifs et principes sur lesquels devrait s'appuyer la priorisation et l'organisation des services médicaux en milieux de vie pour aînés (MVA) ainsi que diverses recommandations émises par les sous-comités des services médicaux en MVA.

Mise en contexte

Compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des constats réalisés lors de la première vague COVID-19, le comité directeur clinique du MSSS a mis sur pied des sous-groupes ayant pour objectif d'assurer une couverture élargie en services médicaux¹ dans les milieux de vie pour aînés, soit en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en ressources intermédiaires (RI), en ressources de type familial (RTF) et en résidences pour personnes âgées (RPA). La couverture médicale a aussi considéré les personnes âgées recevant des services de soutien à domicile du centre local de services communautaires (CLSC) dans certains de ces milieux de vie.

L'un des livrables attendus comporte le plan de priorisation et des orientations permettant aux établissements de déterminer les services médicaux requis dans les différents milieux de vie. La priorisation et l'organisation des services médicaux sont guidées en fonction du niveau d'alerte des établissements² et non nécessairement en fonction des paliers d'alerte communautaires promulgués par la santé publique. Le palier d'alerte est un indicateur phare et prédictif du niveau d'alerte et permet de mettre sous tension l'établissement. Il nous apparaît que le niveau d'alerte de l'établissement semble plus pertinent pour l'orchestration des services puisqu'il est défini à partir de différentes variables, dont la capacité en ressources humaines et en matériel, le taux d'occupation des lits en milieux hospitaliers désignés et non désignés, etc.³

Aux fins de priorisation et d'organisation des services médicaux, les milieux de vie en éclosion sont aussi à considérer ainsi que les capacités environnementales et humaines de ceux-ci de recevoir les services médicaux.

En période pandémique, les médecins et les IPS impliqués dans l'offre des services médicaux en première ligne jouent, outre un rôle de prestataire direct de soins cliniques, un rôle de triage et d'orientation de la clientèle afin de s'assurer que le patient puisse obtenir les soins et services nécessaires dans le milieu le plus sécuritaire pour lui, sa famille et l'équipe soignante. L'un des objectifs est d'éviter les bris de services tout en assurant une qualité des soins et l'accès à ceux-ci en temps opportun. En plus d'assurer une continuité dans les soins offerts à cette population, les effectifs médicaux et les IPS peuvent également être appelés à soutenir et participer aux activités de dépistage (p. ex. : Vigie COVID-19), là où ils sont déployés. Ceci, pour permettre de détecter rapidement des signes et symptômes relatifs à la COVID-19 et ainsi exercer un certain contrôle sur la propagation en isolant précocement; tout en prenant en considération le taux de vaccination du milieu.

À noter que cette couverture médicale déjà en place dans le réseau des CHSLD publics ainsi qu'une partie des équipes de soins à domicile n'existaient pas dans les autres MVA avant la pandémie. Les résidents de ces ressources (RI-RTF, RPA) allaient chercher leurs prestations de soins dans la communauté, à l'exception de ceux qui l'obtenaient par le soutien à domicile (SAD). Le déploiement de la couverture médicale dans l'ensemble de ces milieux de vie doit se réaliser sans ajout net d'effectifs, mis à part les médecins et les IPS qui pourraient s'ajouter en raison du délestage d'autres activités. Cet enjeu, bien que non insurmontable, pose d'immenses défis dans un réseau faisant déjà face à une pénurie de ressources médicales.

¹ La couverture comprend les médecins de médecine générale (médecins de famille), les médecins spécialistes et les IPS.

² Le niveau d'alerte des établissements est différent des paliers d'alerte communautaires promulgués par la santé publique. Bien qu'ils soient interreliés, le niveau d'alerte est davantage axé sur la réalité de l'établissement. Ce dernier est édicté par la santé publique en fonction du degré de transmission communautaire (<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/>). Tandis que le « NIVEAU » d'alerte est en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Le « NIVEAU » d'alerte nous paraît davantage pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID-19 répartition régionale et interrégionale, capacité RH, etc.

³ Pour plus de détails, *Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD et autres milieux de vie pour aînés selon les niveaux d'alerte des établissements* a été publié.

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002896/?&txt=services%20m%C3%A9dicaux&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC

En niveaux d'alerte d'établissement 3 et 4, les effectifs médicaux doivent être dédiés prioritairement en soutien aux équipes dans les milieux de vie en éclosion ou sous surveillance et optimiser l'accès des services médicaux aux personnes les plus vulnérables en MVA.

La pertinence du présent document, qui a pour objet la priorisation des effectifs médicaux en milieux de vie, s'appuie sur les données de la pandémie à COVID-19 en première vague (début mars 2020) et en seconde vague (depuis septembre 2020). Le réseau fut en alerte et confronté à d'importants défis, dont un taux d'éclosion et de mortalité secondaire élevé dans les CHSLD et autres milieux de vie pour aînés. Selon la littérature, le taux de mortalité est associé à un âge élevé et à d'autres facteurs de vulnérabilité. À la fin de mars 2021, plus de 90 % du nombre total de décès cumulatifs étaient des personnes de 70 ans et plus.

Objectifs et principes directeurs

Objectifs

1. Mettre en place les actions visant à assurer une couverture médicale en adéquation avec les besoins en services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, en éclosion ou non;
2. Maintenir un niveau de couverture médicale assurant la sécurité et l'intégrité des clientèles vulnérables vivant en MVA;
3. Clarifier les mécanismes et processus d'identification et de coordination des services médicaux dans le contexte de la COVID-19.

Principes généraux

- Assurer l'accessibilité aux soins et services essentiels⁴ en adaptant et variant l'offre de services aux personnes vulnérables en MVA et recevant des services à domicile;
- Protéger les usagers vulnérables⁵ en offrant des services médicaux au bon moment, au bon endroit et correspondant à leurs besoins, à leurs valeurs et à leurs préférences, soit selon une pertinence clinique;
- Offrir l'accès⁶ aux soins et les services requis aux usagers vulnérables (c.-à-d. RPA, RI-RTF, CHSLD, etc.), de manière à éviter les recours inappropriés à l'urgence et à réduire les hospitalisations non requises, tristement iatrogènes pour cette clientèle;
- Identifier et réaliser des actions claires et concertées permettant une réponse agile et adaptée selon une approche collaborative entre les équipes médicales et les équipes SAD des centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS);
- Assurer la qualité et la sécurité pour les services aux usagers relocalisés dans des zones tampons (sites non traditionnels et sites traditionnels), analyser le profil de la main-d'œuvre médicale et, lorsque requis, adapter l'encadrement par les ressources cliniques pertinentes (ex. : jumelage, disponibilité d'un répondant, etc.). Il est important d'évaluer la composition des équipes afin, si possible, d'y déployer des ressources munies d'expertise avec le profil de la clientèle (soins palliatifs, gériatrie, réadaptation, etc.) ou appuyées par des professionnels pertinents (physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.);
- Permettre aux médecins/IPS de repérer et intervenir prioritairement auprès des usagers infectés par la COVID-19 et autres clientèles vulnérables;
- Permettre aux médecins/IPS de répondre aux usagers présentant une détérioration de leur état clinique ou complication iatrogénique secondaire au confinement;
- Maintenir les activités auprès de leur clientèle à un niveau le plus sécuritaire possible en procédant à des activités de délestage ciblées, telles que définies dans le document du comité de première ligne.

⁴ Services essentiels : Les services requis en zone rouge ou milieu en éclosion pour la sécurité et l'intégrité de la personne.

⁵ Les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants : - Personnes de 70 ans et plus; - Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf; - Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails :

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf); - Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40); - Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

⁶ Différentes formes d'accès : téléconsultation (avec contact visuel ou appel téléphonique) et en présence.

Caractéristiques d'un accès optimal aux services médicaux

- Être en adéquation avec les besoins des clientèles;
- Être adaptés au type de clientèle desservi;
- Éviter toute forme de discrimination en fonction du milieu de vie ou de l'âge;
- Tenir compte de la disponibilité des ressources sollicitées;
- Être en cohérence avec les directives de santé publique et la prévention et contrôle des infections (PCI);
- Miser sur toutes les modalités disponibles (téléconsultation (avec visuel et téléphone) et présentiel), en tout respect des règles de confidentialité;
- Viser à éviter les recours inutiles à l'urgence et à l'hospitalisation en courte durée;
- S'imbriquer aux modèles et/ou travaux déjà en place par souci d'économie de moyens et de temps.

Contribution des médecins et des IPS

Dans le contexte de la COVID-19, il est prévisible que la demande de services médicaux évoluera en fonction du palier d'alerte de la région et du nombre de milieux de vie en éclosion. Il demeure que des besoins de suivis ainsi que de consultations pour les détériorations de l'état de santé non associées à la COVID-19 surviendront, tels qu'ils existaient avant l'arrivée de la pandémie. De plus, il faut anticiper une augmentation des demandes d'évaluation médicale pour les effets indirects provoqués par le contexte de la crise sanitaire, tels que le déconditionnement dû à un manque de stimulation physique/cognitive ou des problèmes de santé mentale liés à l'isolement social. Conséquemment, les usagers, leurs proches ainsi que les équipes soignantes des milieux de vie et les équipes de soutien à domicile (SAD) auront plus que jamais besoin du support de médecins/IPS, outillés à différents égards : conseils, soins, gestion, orientation, etc. Cette nécessité sera encore plus criante dans les milieux de vie en éclosion.

La couverture médicale en MVA

Considérant que la pratique médicale en MVA n'est pas une pratique universelle et répandue chez les médecins;

Considérant que la couverture médicale en CHSLD, et ce, même pour les milieux épargnés de la COVID-19, est obligatoire en tout temps (garde médicale 24/7);

Considérant que la pratique en MVA, notamment en CHSLD et en soutien à domicile auprès des usagers ayant un profil gériatrique, requiert des compétences particulières;

Considérant la non-disponibilité de ressources additionnelles en services médicaux qui aurait pu être induite par le délestage d'activités médicales et la charge de travail que dépassait la capacité de la main-d'œuvre disponible;

Considérant les nouveaux besoins en couverture médicale générés par les éclosions en MVA;

Considérant la fragilité des effectifs en pré-pandémie dans les milieux de vie, notamment en CHSLD et SAD, à laquelle s'ajoute un pourcentage de médecins et d'IPS avec conditions préalables (retrait préventif, immunosuppression, âge, etc.) ne pouvant être en présence de la clientèle⁷;

Considérant le besoin de couvrir des sites supplémentaires, soit les zones tampons en sites traditionnels et non traditionnels.

⁷ Médecins âgés de ≥ 70 ans, immunosupprimés, congé de maternité et autres, potentiellement disponibles, mais en mode virtuel seulement.

RECOMMANDATION 1 : La couverture médicale/IPS en MVA soit ouverte à l'ensemble des médecins (établissement et première ligne) et IPS, supportés, idéalement, par des médecins avec expertise dans ce secteur.

Les principes suivants ont été établis afin d'assurer la couverture médicale en contexte de COVID-19, en fonction des compétences :

- À l'échelle du territoire ou pluri réseaux locaux de services (RLS), avoir une banque de médecins/IPS en disponibilité pour assurer une prise en charge et/ou la garde médicale en MVA ou zones tampons (sites traditionnels et non traditionnels) en éclosion;
- Cette banque de médecins/IPS, autorisés à travailler au Québec, présente les qualificatifs suivants :
 - Centralisée par CI(U)SSSS, tous secteurs intégrés;
 - Tous les intervenants ou agents habilités et désignés par leur organisation peuvent y inscrire des médecins volontaires;
 - Tous les intervenants ou agents habilités et désignés par leur organisation peuvent y inscrire des IPS volontaires.
- Selon les modalités actuelles existantes dans les régions⁸, ces intervenants ou agents doivent collaborer étroitement avec la direction des services professionnels (DSP), le département régional de médecine générale (DRMG), le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ainsi que la direction des soins infirmiers (DSI) par l'intermédiaire des gestionnaires IPS. En ce qui concerne les médecins, il peut s'agir de médecins de groupes de médecine de famille (GMF), de cliniques médicales de médecins de famille et spécialistes d'établissement (CHSLD, CLSC, milieux hospitaliers ou autres) ainsi que des milieux privés;
- Ces médecins et ces IPS composent une banque disponible pour assurer une couverture médicale polyvalente pour des interventions dans différents MVA en éclosion. L'intervention est requise lorsqu'il y a insuffisance de couverture médicale pour des usagers vulnérables, et ce, quel que soit le MVA en éclosion.

RECOMMANDATION 2 : Priorisation du délestage des autres activités des médecins et des IPS en fonction des compétences et expertise dans le secteur, soit l'intervention auprès des personnes vulnérables en MVA ou recevant des services à domicile.

Pour ces médecins et ces IPS ayant une connaissance et une expérience précieuse auprès des aînés vulnérables, il serait recommandé de prioriser leur délestage d'autres activités en fonction des besoins de couverture dans les milieux de vie pour aînés, s'ils en démontrent de l'intérêt et sans mettre en péril d'autres secteurs d'activités où la couverture médicale est aussi considérée essentielle.

Dès l'amorce du délestage, ces médecins et ces IPS seraient invités à se rendre disponibles pour les personnes vulnérables en MVA et celles recevant des SAD.

Tout médecin ou IPS en retrait préventif ayant des connaissances et/ou expériences auprès de cette clientèle dans les MVA ou en SAD pourrait être sollicité pour couverture/pairage par téléconsultation en support aux MVA et équipes en place.

Cette priorisation n'exclut pas les médecins non-initiés à la pratique dans ce secteur. Ceux-ci pourraient idéalement être jumelés à un médecin initié, notamment ceux avec conditions préalables.

Les médecins faisant leur résidence en médecine familiale peuvent poursuivre leurs activités ou effectuer des stages en MVA. Pour les MVA chauds, ce stage est possible à la condition d'un encadrement auprès d'un médecin (superviseur) et d'une reconnaissance de l'activité par la direction de programme.

Cette banque de ressources médicales assure un filet de sécurité dans la réponse aux besoins des services médicaux dans les CHSLD, fournit une assistance médicale aux intervenants dans les RI-RTF [vocation en soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)] et les RPA, vient en appui aux équipes en SAD ou permet la constitution d'une équipe médicale d'intervention (ÉMI).

⁸ Habituellement, il s'agit d'un coordonnateur d'établissement et un coordonnateur première ligne et si bris de couverture médicale, se référer à la réaffectation des effectifs médicaux locaux.

RECOMMANDATION 3 : Garde médicale première ligne.

L'implantation d'une garde médicale de première ligne par territoire/sous-territoire a pour objectif d'assurer la couverture des clientèles vulnérables des MVA pour lesquelles aucune garde médicale n'était prévue dans la trajectoire en prépandémie. Elle est complémentaire aux gardes existantes sur le territoire (p. ex. : garde SAD) et se déploie dans la mesure où un support infirmier est disponible. Elle assure une réponse élargie lorsque les effectifs le permettent. Une garde médicale de première ligne permet d'éviter des hospitalisations non requises, notamment en provenance des RPA.

RECOMMANDATION 4 : Coordination médicale gériatrique (CMG) – Triage, orientation, coordination et soutien-conseil aux fins d'interventions préventives préhospitalières.

Ces principes sont recommandés, quel que soit le mécanisme établi par l'établissement, afin d'éviter les transferts à l'urgence ou des hospitalisations non requises de personnes ayant un profil gériatrique. La CMG offre un soutien-conseil gériatrique aux professionnels de la santé. Cette collaboration permet une prise de décision éclairée pour l'orientation d'usagers dont la condition médicale est complexe et l'identification d'alternatives possibles à l'urgence, selon la situation. L'usager qui ne peut être pris en charge dans son milieu sera ainsi orienté vers les meilleurs services pour répondre à sa condition et à ses besoins et l'accès aux différentes portes d'entrée du réseau s'en trouvera facilité (ex. : zone tampon en site traditionnel, intensification des services à son domicile, lit en unité de soins palliatifs, etc.). Par des interventions précoces et proactives, il est possible de limiter les hospitalisations non médicalement requises qui génèrent chez les aînés vulnérables des effets délétères sur leur autonomie fonctionnelle et leur état de santé global. Il est planifié que cette structure de CMG se mette en place nationalement avant de se déployer régionalement.

AUTRES RECOMMANDATIONS DE MESURES POUR AMÉLIORER LA COUVERTURE MÉDICALE

Équipe médicale d'intervention (ÉMI)

L'ÉMI est une équipe médicale (médecins/IPS de première ligne) prodiguant des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle vient en renfort aux équipes médicales de base desservant les usagers du MVA, aux médecins réaffectés dans ces milieux et d'autres médecins des équipes déployées. Il s'agit d'une mesure de dernier recours, temporaire, le temps que la situation se stabilise et que les équipes de services médicaux de base prennent place.

Cogestion – volet médical

Description

La cogestion est une approche moderne intégrée par laquelle le processus réflexif et la prise de décision sont partagés entre deux individus ayant des expertises différentes, mais hautement complémentaires. Les cogestionnaires appartiennent habituellement à deux directions (clinique et administrative) distinctes. Elle s'inscrit dans une culture organisationnelle innovante et trouve sa pertinence et sa légitimité sur le long terme, pour l'amélioration continue du système et des soins et services aux usagers.

Objectifs de la cogestion

La cogestion médico-clinico-administrative a généralement pour objectif d'assurer une saine gestion opérationnelle, de favoriser une agilité dans la prise de décision ayant un impact sur la qualité des soins et des services et le bien-être des résidents et d'assurer une réponse ajustée selon l'évolution des besoins.

Cellule de crise régionale⁹

Description

La cellule de crise régionale a été mise en place par certains établissements. Elle est composée d'intervenants clés au sein de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, une éclosion, elle constitue un outil de fonctionnement indispensable.

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise à l'échelle régionale en soutien aux cellules locales de CHSLD. Sa composition peut être la suivante (non exhaustive) : directeur SAPA adjoint ou directeur en hébergement, chef des soins infirmiers, médecin-chef adjoint en hébergement,

⁹ Certains CI(U)SSS ont des cellules de crise régionale qui couvrent les CHSLD, les RI-RTF et RPA.

chef de la prévention et contrôle des infections (PCI), microbiologiste attitré MVA, expert en biosécurité et directeurs des services techniques (hygiène, salubrité et maintenance immeuble), au besoin.

Elle est surtout mise à contribution pour les CHSLD, mais dans le cas d'éclosion en RI-RTF, celle-ci peut aussi aider à la gestion de la crise.

Cellule de crise en CHSLD¹⁰

Description

La cellule de crise est une instance locale propre au CHSLD. Elle est composée d'intervenants clés clairement identifiés au sein du personnel du milieu et de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, une éclosion, elle est un outil de fonctionnement indispensable. Ainsi, la cellule de crise se rencontre plus souvent (voire quotidiennement) lorsque le milieu est en éclosion et moins souvent à mesure du rétablissement ou en période de vigie, quand la transmission communautaire est significative. Elle permet donc au CHSLD d'être prêt à réagir en réunissant les acteurs nécessaires pour mettre en place les changements.

Composition

Cogestionnaires du CHSLD, infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI), infirmière PCI, hygiène, salubrité et maintenance des immeubles, logistique (pour les équipements). D'autres acteurs pourraient s'y joindre, par exemple : représentant des ressources humaines, conseiller du MVA et représentant des services alimentaires.

Pour consulter les directives complètes sur les mesures recommandées par les sous-groupes des services médicaux en MVA : [Directives sur la couverture médicale dans les milieux de vie pour aînés \(CHSLD, RI-RTF, RPA\) en contexte de la pandémie de la COVID-19 - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

¹⁰ Dans certains territoires, des RI-RTF et RPA ont leur cellule de crise locale.

Milieus de vie et aide à l'organisation de la couverture médicale selon les variables suivantes : vulnérabilité des usagers et disponibilité des services sur places.

L'objectif de ce document est de faire un portrait des milieux de vie et de la vulnérabilité des usagers s'y retrouvant. Cette vulnérabilité est définie selon l'état de l'utilisateur et les moyens disponibles sur place pour assurer les soins en cas d'écllosion de COVID-19, de déconditionnement ou de détérioration de l'état de santé pour toutes conditions aiguës.

Ici, un usager vulnérable est une personne dont la condition peut se détériorer et se compliquer rapidement s'il contracte la COVID. Cet usager présente une perte d'autonomie sévère et plusieurs maladies chroniques et conditions de santé concomitantes.

Les facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants :

- Personnes de 70 ans et plus ;
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf);
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée qui est assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. (Se référer à la page 4 de l'avis sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique de l'INSPQ pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf);
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC \geq 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

Le présent document se veut un outil d'aide à la priorisation des milieux de vie pour la couverture médicale. Il demeure que la priorisation doit être faite en fonction des besoins identifiés par le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) — centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou par les différents moyens mis en place (ex. : cogestion) et non en fonction d'un type de milieu de vie.

À noter que bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci comprend les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés.

Le tableau indique aussi la présence d'infirmières sur place. L'infirmière sur place assure des soins et une liaison avec la couverture médicale. Un code de couleur a été assigné pour le potentiel de liaison 24/7 entre le personnel infirmier sur place et le médecin.

	Infirmière sur place 24/7
	Infirmière sur place sur différents quarts de travail rarement la nuit, mais présence de personnel d'assistance.
	Aucune infirmière sur place, responsable de ressource ou personnel avec peu de formation (RCR, secourisme) puis possibilité de personnel du SAD assigné à certains résidents.

CHSLD

Description :

- Il y a 3 types de CHSLD : public, privé conventionné et privé.
- Certains CHSLD peuvent être annexés (même édifice) à un centre hospitalier, c'est-à-dire quelques lits de mission CHSLD dans un milieu hospitalier.
- Certains CHSLD disposent de places pour de l'hébergement temporaire pour du répit ou transitoire pour un usager en attente d'une place dans un autre CHSLD, à noter que certains CHSLD ont des lits de réadaptation et des unités de soins post-aigus.
- Le nombre de lits varie de **9 à 446 places/lits**.
- Tous les CHSLD doivent assurer la présence d'au moins une infirmière sur chaque quart de travail (jour, soir, nuit).
- La gestion des CHSLD publics est sous la responsabilité des CISSS et des CIUSSS et la dispensation des soins et services est assurée par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Du côté des CHSLD privés conventionnés et privés, le personnel est lié aux propriétaires ou groupes du CHSLD et la gestion du personnel de même que l'organisation du travail sont sous la responsabilité de ces partenaires privés. Dans certaines situations exceptionnelles ou prévues dans un contrat, un établissement peut fournir du personnel pour opérer des places achetées.

Pour les CHSLD publics : les équipements disponibles sur place de même que l'expertise clinique peuvent limiter les soins aigus pouvant être réalisés dans un CHSLD. **ATTENTION :** Il y a une grande variabilité d'un CHSLD à l'autre concernant le type de soins aigus pouvant être exécutés sur place. Par conséquent, des vérifications doivent être faites auprès des équipes de soin du CHSLD pour connaître la disponibilité des équipements : oxygène sur place, équipement pour soins de fin de vie, soins de plaies complexes, prélèvements/injections, antibio intraveineux ou intramusculaire, sous-cutanée, défibrillateur, appareil BiPAP ou CPAP (à l'individu ou au CHSLD).

- Liaison avec la pharmacie : Le CHSLD public a une entente avec une pharmacie d'établissement ou une pharmacie 24/7 en entente avec l'établissement (couverture Rx des soins palliatifs possible).

Pour les CHSLD privés conventionnés et privés : équipements disponibles très variables. La trajectoire entre les centres hospitaliers et les CHSLD privés peut varier :

- Liaison avec la pharmacie plus compliquée dans certains cas.
- Il est courant que des chambres soient occupées par plus d'une personne (pour réunir un couple ou pour une raison clinique [ex. gestion de l'anxiété] ou d'infrastructure).

Milieus de vie	Nombre de places	Clientèles	Services sur places	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration avec le personnel du CI(U)SSS hors CHSLD	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
CHSLD public	5 à 446 lits	<ul style="list-style-type: none"> • En majorité des résidents ayant des profils ISO-SMAF de 10 à 14; • Majoritairement des aînés ayant une perte d'autonomie importante et en plus faible proportion des adultes ayant une DP ou une DI; • Chez le résident : présence de maladies chroniques et de conditions gériatriques concomitantes ou de maladies dégénératives ou de déficiences entraînant des limitations physiques ou intellectuelles importantes; • Clientèle à risque élevé de déconditionnement. 	<p>Gîte et couvert. AVD et services d'assistance personnelle (aide aux AVQ, à la mobilité, à la communication, etc.). Soins et services infirmiers 24/7. Autres services professionnels (nutrition, réadaptation, psychosociaux, loisirs, etc.).</p> <p>Possibilité de places pour : Soins palliatifs et de fin de vie Hébergement temporaire (répit)</p> <p>Particularité COVID Hébergement d'un usager COVID positif pour qui le milieu habituel</p>	<p>Infirmières et équipe de soins (infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) Diététistes-nutritionnistes et techniciennes en diététiques. Professionnels et techniciens en réadaptation, services psychosociaux et de loisirs, pastorale (ergothérapeute, physiothérapeute, TRP, travailleurs sociaux, Techniciens en loisirs, éducateurs, animateur de pastorale, etc.). Aides de services et bénévoles (selon le palier d'alerte en vigueur).¹</p>	Infirmière 24/7 dans l'installation.	Pour certains services professionnels non couverts (services médicaux, services pharmaceutiques) ou pour du soutien clinique pour des cas complexes (ex. : services d'inhalothérapie, techniques de soins complexes, maladies rares pour lesquelles le personnel sur place ne possède pas d'expertise).	Hébergement public, personnel provient du réseau	<p>Présence de résidents avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles neurocognitifs majeurs; • SCPD; • Soins palliatifs; • Fin de vie; • Présence de résidents dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID. <p>Possibilité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chambre multi; • Environnement ne permettant pas l'isolement; • Usagers orphelins; • Unité prothétique.

¹ palier d'alerte en vigueur, voir tableau de gradation des mesures : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/gradation-des-mesures-selon-les-milieus-de-vie-et-d-hebergement/>

			ne peut temporairement plus répondre à ses besoins.	Personnel des services alimentaires (cuisiniers et préposés). Préposés à l'hygiène et à la salubrité. La nuit, possibilité d'une infirmière pour 100 ou 200 usagers. Personnel de services techniques (plomberie, réparation de lits, etc.). Personnel des services de buanderie.				
CHSLD privé conventionné	20 à 344 lits	<ul style="list-style-type: none"> En majorité des profils ISO-SMAF 10 et plus; Aînés et adultes ayant DP ou DI; Chez l'usager : présence de maladies chroniques et conditions gériatriques concomitantes; Présence d'usagers dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID Clientèle à risque élevé de déconditionnement. 	Gîte et couvert AVD AVQ. Soins et services infirmiers 24/7 Autres services professionnels. Possibilité de places en : Soins palliatifs et de fin de vie Hébergement temporaire – (répit).	Infirmières, équipe de soins, professionnels et techniciens en réadaptation et services sociaux et de loisirs, pastorale, etc. Aides de services et bénévoles (selon le palier d'alerte en vigueur). La nuit, possibilité d'une infirmière pour 100 ou 200 usagers. Personnel de services techniques (plomberie, réparation de lits, etc.) Personnel des services de buanderie.	Infirmière 24/7 dans l'installation.	Pour certains services professionnels non couverts (services médicaux, services pharmaceutiques) ou pour du soutien clinique pour des cas complexes (ex. : services d'inhalothérapie, techniques de soins complexes, maladies rares pour lesquelles le personnel sur place ne possède pas d'expertise).	Hébergement privé, subvention publique, personnel lié à l'employeur privé.	<p>Présence de résidents avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> Troubles neurocognitifs majeurs; SCPD; Soins palliatifs; Fin de vie. <p>Possibilité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> Chambre multi; Environnement ne permettant pas l'isolement; Usagers orphelins; Unité prothétique.
CHSLD privé	20 à 256 lits	<ul style="list-style-type: none"> En majorité des profils ISO-SMAF 10 et plus; Aînés et adultes ayant DP ou DI. Chez le résident : présence de maladies chroniques et conditions gériatriques concomitantes. Présence de résidents dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID. Clientèle à risque élevé de déconditionnement. 	Gîte et couvert. AVD AVQ. Soins et services infirmiers 24/7. Autres services professionnels. Possibilité de places en : Soins palliatifs et de fin de vie. Possibilité de places en : Hébergement temporaire – places achetées (répit).	Infirmières, équipe de soins et professionnels et techniciens en réadaptation et services sociaux et de loisirs, pastorale, etc. Personnel de services techniques (plomberie, réparation de lits, etc.). Personnel des services de buanderie. Aides de services et bénévoles (selon le palier d'alerte en vigueur). La nuit, possibilité d'une infirmière pour 100 ou 200 usagers.	Infirmières 24/7 dans l'installation.	Pour certains services professionnels non couverts (services médicaux, services pharmaceutiques) ou pour du soutien clinique pour des cas complexes (ex. : services d'inhalothérapie, techniques de soins complexes, maladies rares pour lesquelles le personnel sur place ne possède pas d'expertise).	Hébergement privé, aucune subvention, personnel lié à l'employeur privé.	<p>Présence de résidents avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> Troubles neurocognitifs majeurs; SCPD; Soins palliatifs; Fin de vie. <p>Possibilité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> Chambre multi; Environnement ne permettant pas l'isolement; Unité prothétique; Usagers orphelins.

Ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF)

Les RI et RTF sont des partenaires liés par une entente particulière avec les CISSS et CIUSSS. **Les CISSS et CIUSSS confient les usagers à des responsables de ressources RI RTF.**

L'approche de ces ressources est de maintenir l'usager dans sa communauté et de favoriser son intégration et sa participation sociale.

Les usagers sont donc encouragés à faire leurs visites chez leur médecin en cas de problème de santé. Ils seront donc encouragés à aller au dépistage, consulter le médecin, etc. comme tous citoyens autonomes vivant à domicile. Cependant, les usagers en RI-RTF sont habituellement dépendants pour se déplacer, tout comme ceux qui doivent recevoir leurs soins et services à domicile. Ils devraient donc pouvoir recevoir leurs soins et services médicaux dans leur milieu de vie, sauf si le déplacement vers la clinique ne comporte pas de risque pour l'usager et ses proches.

Le CISSS et CIUSSS ont la responsabilité clinique, soit celle de rendre les services cliniques ou professionnels requis par la condition de l'usager confié à la ressource. Cette dernière a la responsabilité d'offrir les services de soutien ou d'assistance en fonction de la condition de l'usager qui sont déterminés par le CISSS ou CIUSSS.

La ressource et son représentant associatif ont une responsabilité administrative et d'octroi de certains services selon le besoin de soutien et le requis de services déterminé par le CISSS et CIUSSS.

Dans les RI et les RTF, il est possible d'avoir des usagers recevant des services d'un seul programme-services spécifique ou de rencontrer une mixité de clientèle DP, DI, TSA, Santé mentale et SAPA.

Il est fortement recommandé que les places en RI et RTF soient des chambres individuelles, mais il existe des chambres pour 2 personnes (raison : couple – fratrie, clinique [ex. gestion anxiété] ou infrastructure).

Description : RI

- Il y a une variabilité entre les RI.
- Le nombre de lits varie de **4 à plus de 100 places**.
- Les soins infirmiers sont habituellement assurés par le SAD (selon les ententes). Il peut arriver qu'une RI ait à son emploi du personnel infirmier. Cependant, celui-ci ne prodigue pas nécessairement de soins professionnels. Il peut avoir un rôle de gestionnaire ou coordonnateur. Il peut s'agir d'infirmière auxiliaire. Une vérification est requise auprès de ce personnel pour vérifier quelles responsabilités et fonctions sont attendues de leur part (ex. activités réglementées comme l'administration de médicaments).
- Le personnel infirmier du SAD visite les usagers ayant besoin de soins et demeure sur place pour la durée de l'évaluation ou du soin à prodiguer selon le plan de traitement en cours.
- Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en situation d'urgence : impossible d'offrir des soins aigus, à moins d'avoir SIAD dans sa région (fait partie des services de SAD).
- Défibrillateur possible, mais très rare (les responsables des ressources et leur personnel ne sont pas dans l'obligation d'avoir un cours de PAB ou PDSB, mais ils doivent avoir une formation RCR et carte de secourisme général à jour. Les membres du personnel peuvent avoir eu, ou recevoir une formation, par un professionnel en vertu des articles 39.7 et 39.8 du Code des professionnels (administration des médicaments et soins invasifs).
- Liaison avec la pharmacie communautaire – client régulier.
- Pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.
- Clientèle très vulnérable, ayant des profils Iso-SMAF de 6 à 12. Dans certaines RI on peut retrouver plusieurs usagers ayant des profils 12 et exceptionnellement 13 et 14.
- Il peut y avoir des places RI dans des RPA (sans nécessairement être dans une unité spécifique identifiée RI (dispersé une porte-une porte), ce qu'on appelle milieux mixtes. Ces places RI répondent aux mêmes critères que les RI décrites dans les sections du tableau ci-dessous.
- Certains RI ont des unités de type prothétique (errance).
- Il peut aussi y avoir des places RI pour des services de répit pour la clientèle du SAD, par entente avec le CIUSSS-CISSS.

Description RTF

- Idem que RI.
- Un maximum de 9 usagers peut être confié à une RTF dont le ou les responsables partagent leur lieu de vie principal.
- Clientèle en RTF : usagers ayant un profil ISO-SMAF de 6 à 12. Certaines RTF peuvent accueillir des usagers dont le profil ISO-SMAF est inférieur. Habituellement pas de personnel autre que l'exploitant.
- La seule formation obligatoire pour le personnel des ressources est le RCR et secourisme général, mais les employés assurent les tâches similaires à celles d'un ASSS ou d'un PAB, ou d'un aide de services. Certains membres du personnel peuvent avoir une formation pour les activités réglementées (administration des médicaments et soins invasifs).

Milieus de vie	Nombre de places	Clientèles	Services sur place	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration avec le personnel du CI (U) SSS	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
RI accueillant des usagers vulnérables à la COVID-19.	4 à plus de 100 places.	<ul style="list-style-type: none"> • Usagers de profils ISO-SMAF 6 à 12; • Aînés en perte d'autonomie, adultes ayant DP ou DI, personnes avec problématiques de santé mentale, etc.; 	Gîte, couvert. AVD et services d'assistance personnelle (aide aux AVQ, soutien ou assistance à de nouveaux apprentissages, favoriser l'intégration dans la	Responsable de la ressource et ses employés qui rendent les services de soutien ou d'assistance directement aux usagers.	Responsable de la ressource ou responsable sur place.	Les professionnels du SAD sont responsables du suivi des usagers inscrits.	Hébergement public dans un milieu de vie privé, partenaire du réseau, lié par une entente	Présence de résidents avec : <ul style="list-style-type: none"> • Troubles neurocognitifs majeurs; • SCPD; • Soins palliatifs; • Fin de vie.

		<ul style="list-style-type: none"> Chez l'utilisateur : peut y avoir présence de maladies chroniques et conditions gériatriques concomitantes ou de maladies dégénératives ou de déficiences entraînant des limitations physiques ou intellectuelles importantes; Présence possible d'utilisateurs dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID; Clientèle à risque élevé de déconditionnement. 	<p>communauté en y accompagnant l'utilisateur, sont des services attendus d'une RI et de son personnel).</p> <p>Soins et services professionnels assurés par les équipes de SAD : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie, services psychosociaux, physiothérapie, psychoéducation/éducation spécialisée, etc.</p>	<p>Les soins et services professionnels sont assurés par les équipes de SAD des établissements, en fonction des besoins des usagers. Les professionnels du SAD ne sont pas sur place en tout temps, mais se rendent à la RI lorsque des services sont dispensés spécifiquement à un usager.</p> <p>Dans une RI de 180 places SAPA par exemple, il peut y avoir une ou plus d'une infirmière dédiée à ces derniers. Leur bureau pourrait être situé dans la RI pour une plus grande efficacité. Ces professionnels ont un lien d'emploi avec le CIUSSS-CIUSSS ou encore, avec une agence à qui cet établissement public a confié les services professionnels.</p>	<p>Pour RI de 180 places. L'infirmière a un bureau sur place (jour, quelques fois de soir, rarement la nuit).</p> <p>Attention : Des infirmières auxiliaires peuvent être en poste à titre de gestionnaire responsable des soins infirmiers. Les soins infirmiers sont plutôt assurés par le SAD.</p>		<p>particulière, sur le plan administratif c'est l'établissement qui détermine les services de soutien ou d'assistance à rendre à chacun des usagers confiés. L'utilisateur est inscrit et non admis.</p>	<p>Possibilité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> Environnement ne permettant pas l'isolement; Unité prothétique; Usagers orphelins. <p>Dans les RI 180 + il y a présence infirmière de jour. Il peut y en avoir de soir aussi, mais cela est rare. Si la présence d'infirmière sur 2 quarts de travail par jour est requise pour les usagers, il y en aura voire même de nuit. Ces dernières sont toujours à l'emploi de l'établissement (ou d'une agence en vertu de l'article 108 de la LSSSS.</p> <p>Particularités COVID : Aide et soutien relié à la gestion des éclosions assurée par les équipes SAD.</p>
<p>RI accueillant des usagers (moins) vulnérables à la COVID-19.</p>	<p>4 à plus de 100 places.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En majorité des profils ISO-SMAF 6 à 12 Aînés en perte d'autonomie et adultes ayant DP ou DI, problématique de santé mentale; Chez l'utilisateur : peut y avoir présence de maladies chroniques et conditions gériatriques concomitantes ou de maladies dégénératives ou de déficiences entraînant des limitations physiques ou intellectuelles importantes; Présence possible d'utilisateurs dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes liées à la COVID. 	<p>Gîte, couvert et les services de soutien ou d'assistance. AVD et AVQ (soutien ou assistance de nouveaux apprentissages, favoriser l'intégration dans la communauté en y accompagnant l'utilisateur, sont des services attendus d'une RI et de son personnel.)</p> <p>Soins et services professionnels assurés par les équipes de SAD : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie, services psychosociaux, physiothérapie, psychoéducation/éducation spécialisée, etc.</p>	<p>Responsable de la ressource et ses employés qui rendent les services de soutien ou d'assistance directement aux usagers.</p> <p>Les soins et services professionnels sont assurés par les équipes de SAD des établissements, en fonction des besoins des usagers. Les professionnels du SAD ne sont pas sur place en tout temps, mais se rendent à la RI lorsque des services sont dispensés spécifiquement à un usager.</p>	<p>Responsable de la ressource ou responsable sur place.</p> <p>Attention : Des infirmières auxiliaires peuvent être en poste à titre de gestionnaire responsable des soins infirmiers. Les soins infirmiers sont plutôt assurés par le SAD.</p>	<p>Les professionnels du SAD sont responsables du suivi des usagers inscrits.</p>	<p>Hébergement public dans un milieu de vie privé, partenaire du réseau, lié par une entente particulière, sur le plan administratif l'établissement qui détermine les services de soutien ou d'assistance à rendre à chacun des usagers confiés</p>	<p>Présence de résidents avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> Troubles neurocognitifs majeurs SCPD <p>Possibilité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> Environnement ne permettant pas l'isolement Usagers orphelins <p>Aide et soutien relié à la gestion des éclosions assurée par les équipes SAD</p> <p>Dans les RI 180 + il y a présence infirmière de jour. Rarement, il peut y en avoir de soir. Si la présence d'infirmière sur 2 quarts de travail par jour est requise pour les usagers, il y en aura, voire même de nuit, mais ces dernières sont toujours à l'emploi de l'établissement (ou d'une agence en vertu de l'article 108 de la LSSSS</p>

<p>RTF : par définition la RTF peut accueillir un maximum de 9 personnes dans le lieu principal de résidence du ou des responsables.</p>	<p>9 et moins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En majorité des usagers avec des profils ISO-SMAF 6 à 12 • Chez l'utilisateur : présence de maladie chronique, trouble cognitif; • Errance et SCPD possible; • Clientèle à risque élevé de déconditionnement 	<p>Gîte, couvert et les services de soutien ou d'assistance. AVD et AVQ (soutien ou assistance de nouveaux apprentissages, favoriser l'intégration dans la communauté en y accompagnant l'utilisateur, sont des services attendus d'une RTF et de son personnel.).</p> <p>Soins et services professionnels assurés par les équipes de SAD : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie, services psychosociaux, physiothérapie, psychoéducation/éducation spécialisée, etc.</p>	<p>Responsable de la ressource et ses employés qui rendent les services de soutien ou d'assistance directement aux usagers. Les services professionnels sont assurés par les équipes SAD des établissements, en fonction des besoins des usagers. Les professionnels du SAD ne sont pas sur place en tout temps, mais se rendent à la RI lorsque des services sont dispensés spécifiquement à un usager.</p>	<p>Responsable de la ressource ou responsable sur place.</p>	<p>Les professionnels du SAD sont responsables du suivi des usagers inscrits.</p>	<p>Hébergement public dans un milieu de vie privé, partenaire du réseau, lié par une entente particulière, sur le plan administratif l'établissement détermine les services de soutien ou d'assistance à rendre à chacun des usagers confiés.</p>	<p>Présence de résidents avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles neurocognitifs <p>Possibilité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Environnement ne permettant pas l'isolement; • SCPD; • Usagers orphelins. <p>Aide et soutien relié à la gestion des éclosions assurée par les équipes SAD.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Résidences privées pour aînés

Les RPA sont entièrement privées et agissent à titre de partenaires des CISSS et CIUSSS.

Pour qu'une résidence soit reconnue comme une RPA, l'exploitant doit obtenir un certificat de conformité délivré par le CISSS ou le CIUSSS du territoire concerné en vertu du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.

Une entente concernant les modalités de dispensation des services offerts par la RPA et le CISSS ou le CIUSSS doit être conclue.

Le Règlement est sous la responsabilité du MSSS.

Le nombre d'unités locatives d'une RPA est très variable; allant de 1 à plus de 1 300 unités locatives.

La RPA est considérée comme le domicile de la personne. Ce sont des personnes âgées de plus de 65 ans. L'exploitant agit comme locateur et fournisseur de services et un bail est conclu avec la personne âgée.

Les personnes qui y vivent ont fait le choix d'y vivre. La RPA est considérée comme le domicile de la personne.

Elles accueillent principalement des personnes âgées de plus de 65 ans, au moyen d'un bail, sans passer par le mécanisme d'accès à l'hébergement. L'autonomie des personnes qui y vivent est très variable, allant de la pleine autonomie à des pertes d'autonomie plus importantes, peu importe le profil ISO-SMAF. Cette mixité peut exister à l'intérieur d'une même résidence.

Le personnel sur place est à l'emploi de la RPA, donc de l'employeur privé. Il y a 4 catégories de RPA. Ces catégories sont déterminées en fonction de l'offre de services de la RPA. La RPA est responsable de son offre de services. Seule la catégorie 4 offre des services infirmiers (avec ou sans unités de soins). La possibilité de donner des soins aigus sur place par ce personnel est faible. L'environnement physique n'est souvent pas adapté pour des soins aigus sur place. Dans les résidences de catégorie 4, il peut y avoir des personnes très autonomes, des personnes semi-autonomes nécessitant peu de soins ou de services d'assistance personnelle et des personnes moins autonomes ayant besoin de soins ou de services de façon plus soutenue (ex. : surveillance constante). Si présence d'unités de soins, celle-ci est souvent réservée que pour un nombre restreint de résidents.

Pour l'ensemble des RPA, toutes catégories confondues, les équipes SAD des CISSS et CIUSSS peuvent offrir des services aux personnes qui y habitent. Donc, des infirmières peuvent être sur place pendant la durée de l'évaluation d'un usager ou du soin.

Selon le choix de la personne âgée vivant en RPA, tout comme chaque citoyen, elle peut demander des soins palliatifs ou de fin de vie à son domicile. Ces soins sont offerts par les équipes de SAD.

Les personnes en RPA ne sont pas toutes connues des services de SAD.

Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en situation d'urgence :

- Défibrillateur possible, mais rare. Les personnes responsables sont tenues d'assurer la surveillance, dont l'une est dans l'obligation d'avoir complété une formation RCR et secourisme général.
- Pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.
- Pharmacien communautaire (lié au client).

Il existe quelques résidences privées spécialisées, par exemple, auprès d'usagers atteints d'un trouble neurocognitif majeur et d'errance (unité prothétique).

Il peut y avoir des places RI dans des RPA (sans nécessairement être dans une unité spécifique identifiée RI). Ces places RI répondent aux mêmes critères que les RI décrites dans les sections du tableau ci-dessus.

Il peut aussi y avoir des places RI pour du répit ou de la convalescence par entente avec le CIUSSS-CISSS.

Pour ces résidences spécialisées et ces places RI, les besoins des usagers peuvent différer de la clientèle attendue en RPA ».

Catégories de RPA	Nombre d'unités	Exigences minimales de personnel sur place dans la RPA en tout temps
Catégorie 1 RPA avec services de base (location de chambre ou de logement, sécurité, loisirs, repas, aide domestique, excepté distribution de médicaments)	49 unités et moins	1 surveillant, bénévole (selon le palier d'alerte en vigueur), locataire surveillant ou résident*
	De 50 à 99 unités	1 surveillant, bénévole (selon le palier d'alerte en vigueur), locataire surveillant ou résident*
	De 100 à 199 unités	1 surveillant ou 2 bénévoles (selon le palier d'alerte en vigueur), locataire surveillant ou résident*
	200 unités et plus	2 surveillants ou 3 bénévoles (selon le palier d'alerte en vigueur), locataires surveillants ou résidents*

Catégorie 2 RPA avec services de base et de distribution des médicaments	9 unités et moins	1 surveillant*
	De 10 à 199 unités	1 surveillant*
	200 unités et plus	2 surveillants*
Catégorie 3 RPA avec services de base et services d'assistance personnelle (incluant l'administration des médicaments)	9 unités et moins	1 surveillant*
	De 10 à 99 unités	1 préposé
	De 100 à 199 unités	1 surveillant* et 1 préposé
	200 unités et plus	2 surveillants* et 1 préposé
Catégorie 4 RPA avec services de base, services d'assistance personnelle et soins infirmiers La présence de services de soins infirmiers dans la RPA ne signifie pas qu'il y a présence d'infirmière sur place. La plupart des RPA de catégorie 4 ont des infirmières auxiliaires sur place, mais pas sur tous les quarts de travail et parfois seulement pour quelques heures. Certaines n'ont que des préposés.	49 unités et moins	1 préposé
	De 50 à 99 unités	2 préposés
	De 100 à 199 unités	3 préposés
	200 unités et plus	4 préposés

Le surveillant est une personne qui doit connaître le plan de sécurité incendie et être capable de l'appliquer et qui a complété avec succès les formations suivantes : réanimation cardiorespiratoire, secourisme général et principe de déplacement sécuritaire des personnes. Ils doivent s'assurer de maintenir à jour leurs connaissances.

Milieux de vie		• Clientèles	Services sur place	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration avec le personnel du CI (U) SSS	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
RPA catégorie 4	1 à plus de 1 300 unités locatives.	<ul style="list-style-type: none"> Majoritairement des personnes âgées de 65 ans et plus. Les personnes qui y vivent peuvent être très autonomes, semi-autonomes ou présenter une perte d'autonomie plus importante (pas de critères, toute personne peut faire le choix d'habiter dans une RPA de catégorie 4 même si pas de besoins spécifiques). Certains nécessitent des soins ou des services de façon plus soutenue (ex. : surveillance constante). Il peut y avoir une proportion plus ou moins importante de résidents avec des problématiques de santé variées, telles que des maladies chroniques et des 	<p>Services de base (voir tableau des catégories ci-dessus).</p> <p>Services d'assistance personnelle (aide à l'hygiène, à l'habillage, à l'alimentation, administration des médicaments, etc.).</p> <p>Soins infirmiers : souvent limités à l'administration des médicaments et aux soins invasifs par des infirmières auxiliaires. Les infirmières, lorsque présentes, assurent</p>	<p>Préposés.</p> <p>Infirmières auxiliaires.</p> <p>Infirmière (rare).</p> <p>Exploitant ou responsable de la RPA.</p> <p>Les professionnels du SAD seront sur place uniquement lorsqu'ils dispensent des services spécifiquement à un usager.</p>	<p>Usager si autonome ou personne proche aidante.</p> <p>Préposé de la RPA.</p> <p>Infirmière auxiliaire de la RPA (souvent présente uniquement de jour, certaines RPA ont des inf. aux. sur tous les quarts).</p>	<p>Personnel du CLSC (équipes SAD), pour les usagers recevant des services SAD.</p> <p>Plusieurs résidents ne reçoivent aucun service du SAD.</p>	<p>Milieu privé.</p> <p>Intervenants responsables de la certification.</p> <p>Intervenants du SAD qui viennent dispenser des services.</p> <p>Entente avec le CIUSSS ou le CIUSSS qui détermine notamment les modalités de communication lors d'un dépassement de l'offre de services ou lors d'une éclosion.</p>	<p>Attention : présence de certains résidents très vulnérables.</p> <p>Possibilité de résidents avec troubles cognitifs;</p> <p>Unité prothétique possible;</p> <p>Allers et venues des résidents dans la communauté;</p> <p>Aires communes;</p> <p>Résidents sans médecins de famille;</p>

		<p>maladies neurodégénératives ainsi que des profils ISO-SMAF de 6 et plus.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tous les résidents ne sont pas connus du SAD. Les profils Iso-SMAF ne sont donc pas connus pour tous. Unité prothétique possible. 	<p>généralement des tâches de gestion.</p> <p>Parfois présence d'une unité de soins fermée.</p> <p>Lorsque des services dépassant l'offre de services de la RPA sont requis, une demande de services SAD doit être faite au CLSC.</p> <p>Les services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD des établissements, à la suite d'une demande de services du résident.</p>		<p>L'infirmière peut être présente de jour (rare) de soir et de nuit (très rare).</p> <p>Responsable ou exploitant de la RPA.</p>		<p>Mesure COVID : Mise en place par les CISSS et CIUSSS d'un moyen de communication obligatoire pour toutes les RPA.</p>	<p>Présence possible d'usagers dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID;</p> <p>Possibilité d'environnement ne permettant pas l'isolement;</p> <p>Aide et soutien des équipes SAD pour la gestion des éclosions et l'application des mesures PCI par le personnel;</p> <p>Prise en charge des usagers COVID + par les équipes SAD au besoin.</p>
RPA de catégorie 3	<p>1 à plus de 1 300 unités locatives.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Majoritairement des personnes âgées de 65 ans et plus. Les personnes qui y vivent peuvent être très autonomes, semi-autonomes ou présenter une perte d'autonomie plus importante (pas de critères, toute personne peut faire le choix d'habiter dans une RPA de catégorie 3 même si pas de besoins spécifiques). Il peut y avoir une proportion plus ou moins importante de résidents avec des problématiques de santé variées, telles que des maladies chroniques et des maladies neurodégénératives ainsi que des profils ISO-SMAF de 6 et plus. Tous les résidents ne sont pas connus du SAD. Les profils ISO-SMAF ne sont donc pas connus pour tous. 	<p>Services de base (voir tableau des catégories ci-dessus).</p> <p>Services d'assistance personnelle (aide à l'hygiène, à l'habillage, à l'alimentation, administration des médicaments, etc.).</p> <p>Lorsque les services requis dépassent l'offre de services de la RPA, une demande de services SAD doit être faite au CLSC.</p> <p>Les services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD des établissements, à la suite d'une demande de services du résident.</p>	<p>Préposé de la RPA.</p> <p>Surveillant membre du personnel.</p> <p>Dans de très rares cas, il peut y avoir infirmières auxiliaires pour l'administration des médicaments.</p> <p>Exploitant ou responsable de la RPA (surtout dans petites RPA, exploitant souvent sur place).</p> <p>Les professionnels du SAD seront sur place uniquement lorsqu'ils dispensent des services spécifiquement à un usager.</p>	<p>Usager si autonome ou personne proche aidante.</p> <p>Préposé de la RPA ou surveillant.</p> <p>Responsable ou exploitant de la RPA.</p>	<p>Personnel du CLSC (équipe SAD), pour les usagers recevant des services SAD.</p> <p>Plusieurs résidents ne reçoivent aucun service du SAD.</p>	<p>Milieu privé.</p> <p>Intervenants responsables de la certification.</p> <p>Entente avec le CISSS ou le CIUSSS qui détermine notamment les modalités de communication lors d'un dépassement de l'offre de services ou lors d'une éclosion.</p> <p>Mesure COVID : Mise en place par les CISSS et CIUSSS d'un moyen de communication obligatoire pour toutes les RPA.</p>	<p>Attention : présence de certains résidents très vulnérables.</p> <p>Les RPA de catégorie 3 peuvent nécessiter plus de soutien que celles de catégorie 4 car il n'y a que des préposés sur place.</p> <p>Possibilité de résidents avec troubles cognitifs.</p> <p>Aires communes;</p> <p>Allers et venues des résidents dans la communauté;</p> <p>Résidents sans médecins de famille;</p> <p>Présence possible d'usagers dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID;</p> <p>Possibilité d'environnement ne permettant pas l'isolement;</p> <p>Aide et soutien des équipes SAD pour la gestion des éclosions et l'application des mesures PCI par le personnel;</p> <p>Prise en charge des usagers COVID + par les équipes SAD au besoin.</p>

<p>RPA de catégorie 1 et 2 (pour résidents autonomes)</p>	<p>1 à plus de 1 300 unités locatives.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes qui y vivent sont généralement autonomes, mais il n'est pas rare d'y trouver des personnes avec des pertes d'autonomie plus importantes et qui reçoivent des services d'aide à domicile dispensés par le CLSC ou par un autre prestataire de services pour soutenir leur autonomie. Problématiques de santé variées, mais principalement maladies chroniques, certains pourraient avoir une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. <p>Possibilité d'y trouver une clientèle présentant des troubles cognitifs légers.</p> <p>Interdiction d'accueillir une personne avec des troubles cognitifs demandant une surveillance constante dans une RPA de catégorie 1 et 2 (mais un résident peut développer des troubles cognitifs alors qu'il habite déjà la RPA).</p>	<p>Services de base (voir tableau des catégories ci-dessus).</p> <p>Catégorie 2 seulement : service de distribution des médicaments.</p> <p>Les services d'assistance personnelle sont déterminés par les équipes SAD des établissements, à la suite d'une demande de services du résident. Ces services peuvent être dispensés par les équipes SAD ou par des prestataires externes (ex. : entreprise d'économie sociale en aide à domicile [EESAD]). Les soins et services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD à la suite d'une demande de services du résident.</p>	<p>Préposé à l'entretien ménager, équipe du service alimentaire.</p> <p>Exploitant ou responsable de la RPA.</p> <p>Surveillant, bénévole ou résident surveillant.</p> <p>Les professionnels du SAD, ASSS et préposés d'aide à domicile seront sur place uniquement lorsqu'ils dispensent des services spécifiquement à un usager.</p>	<p>Usager ou son proche aidant.</p> <p>Exploitant ou responsable de la RPA.</p> <p>Surveillant, bénévole ou résident surveillant.</p>	<p>Personnel du CLSC (équipes SAD), pour les usagers recevant des services SAD.</p> <p>Plusieurs résidents ne reçoivent aucun service du SAD.</p>	<p>Milieu privé.</p> <p>Intervenants responsables de la certification.</p> <p>Entente avec le CISSS ou le CIUSSS qui détermine notamment les modalités de communication lors d'un dépassement de l'offre de services ou lors d'une éclosion.</p> <p>Mesure COVID : Mise en place par les CISSS et CIUSSS d'un moyen de communication obligatoire pour toutes les RPA.</p>	<p>Présence de résidents autonomes et semi-autonomes;</p> <p>Aires communes; Plus de sorties dans la communauté;</p> <p>Résidents sans médecins de famille;</p> <p>Exception : certaines RPA n'ont pas de surveillant présent sur place (OBNL géré par conseil d'administration : surveillant = membre du CA);</p> <p>Aide et soutien relié à la gestion des éclosions assurée par les équipes SAD.</p>
------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Autres types de milieux de vie ou de soins

Milieu de vie ou de soins	Nombre de places	Clientèles	Services sur place	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration avec le personnel du CI (U) SSS	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
Maison soins palliatifs	1MSP plus de 20 places 33 MSP de 20 places et moins	<ul style="list-style-type: none"> Clientèle en fin de vie avec maladies oncologiques, maladies chroniques, maladies dégénératives terminales 	Soins infirmiers et médicaux Services professionnels Bénévolat - activité d'entretien et soins d'assistance Services d'assistance	Équipe de base (infirmière, PAB md, pharmacien, TS) Équipe interdisciplinaire présente et variable selon le nombre d'usagers Bénévoles - intervenants spirituels- entretien ménager - personnel cuisine et à l'accueil Selon besoin physio-ergo et psychologue.	Infirmières sur place 24 h /7 Garde médicale 24 h/7 ²	Soutien d'une infirmière du SAD selon le besoin. ³	Entente de service avec le CISSS ou CIUSSS Intervenant contact des CISSS/ CIUSSS pour les MSP.	Les MSP doivent demeurer en zone froide. Si la COVID-19 se développe après admission - risque de contamination des équipes - le confinement des employés met à risque le plan d'effectifs. Trajectoire pour usage COVID-19 + <ul style="list-style-type: none"> En vague 1 il y a eu deux MSP qui ont fermé; Toute nouvelle admission en isolement; Isolement à la chambre en attendant résultat et selon stade maladie; Transfert en CH possible.
Communautés religieuses	5 et plus	<ul style="list-style-type: none"> Usagers dont les profils peuvent être de 1 à 14 (niveau d'autonomie très variable); Certains usagers de très grand âge; Sœurs qui font partie de la communauté en grande partie; Clientèles ayant des problématiques diverses : perte d'autonomie, incapacités physiques, intellectuelles, trouble du spectre de l'autisme ou, troubles de santé mentale, maladies chroniques, fin de vie, problème de santé nécessitant des soins aigus, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. 	Gîte et couvert Aide aux AVD, services d'assistance personnelle (incluant AVQ). Soins infirmiers complets. Les autres services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD des établissements, à la suite d'une demande de services du résident.	Infirmières 24h/24, équipe de soins.	Infirmières Responsable de la communauté Personnel de soins (religieuse sur place) ou civil	Personnel du CLSC (équipes SAD), pour les usagers recevant des services SAD.	Hébergement à statut particulier.	Présence de résidents avec : <ul style="list-style-type: none"> Troubles cognitifs; SCPD. Milieu qui ressemble à un CHSLD. Attention : présence de certains résidents très vulnérables. Attention : il y a des communautés réservées qu'aux religieuses et d'autres qui accueillent des civils. Présence d'usagers dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes liées à la COVID.

² Si médecin de garde est COVID + et risque de bris de service, une demande d'exception peut être faite au MSSS pour affecter un médecin en situation de COVID jusqu'à 3 mois. Réponse rapide du MSSS dans ce contexte

³ Une entente avec le CISSS/CIUSSS peut être conclue pour assurer le suivi des usagers ayant besoin de services professionnels spécifiques (ex. : ergothérapie). Ces services sont assurés par les équipes SAD »

Zones tampons - sites non traditionnels (SNT) et sites traditionnels (ST)

La zone tampon est une solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique, incapacité de suivre les consignes) ne permettent pas un isolement à la chambre, et que, l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (ex. milieu de vie de type familial).

On doit retrouver dans les zones tampons une zone chaude et une zone tiède. Dans les zones tampons, l'utilisateur peut être considéré admis ou inscrit selon le type de zone.

Ces zones tampons peuvent être situées dans un site non traditionnel (SNT) ou un site traditionnel réaménagé (ST).

- Pour plus de détails, vous pouvez consulter la directive à ce sujet disponible à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-015.pdf>

La couverture médicale est nécessaire selon le profil d'utilisateur s'y trouvant. Le choix du site est aussi conditionnel aux besoins en soins et en soutien technique de l'utilisateur.

Différents types de zones tampons :

- Zones tampons de type soins et services où les usagers sont admis : il s'agit d'une ressource transitoire qui offre l'ensemble des services de santé et d'assistance requis par l'utilisateur.
- Zones tampons de type communautaire où la clientèle est inscrite (clientèle RPA, domicile...) est une ressource offrant les services non professionnels (ex. repas, ménage) et certains services professionnels de base. La pharmacie communautaire peut desservir les usagers de cette zone.

Les déclinaisons peuvent être multiples par exemple :

- Zone tampon de type communautaire (sans soins sur places). Type hôtellerie (zone froide ou tiède, chaude avec usagers asymptomatiques) pas d'infirmière sur place.
- Zone tampon avec soins et services. Infirmière sur le site.
- Possibilité d'une unité pour errance (zone tiède – zone chaude) (impossible de retourner dans leur milieu de vie).
- Zone tampon avec soins et services - Type avec unité de soins (lourde perte d'autonomie), infirmière sur le site.

Zones tampons (SNT ou ST)	Nombre de places	Clientèles	Services sur place	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration avec le personnel du CI (U) SSS	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
Zone tampon communautaire (sans soins sur places) Type hôtellerie (zone froide ou tiède, chaude avec usagers asymptomatiques)	1 et plus	<ul style="list-style-type: none"> Usagers autonomes ou ayant besoin seulement gîtes et couverts; Ne nécessite pas de soins ni surveillance; Usagers comprennent les mesures d'isolement, possibilité d'isoler à la chambre; 	Gîte et couvert; Stimulation.	PAB TS Auxiliaire	Responsable de la zone tampon.	Personnel du CI (U) SSS – mission SAD	Hébergement pour isolement à statut particulier COVID	Besoins d'aide à la médication possible Réaction et adaptation au transfert minime
Zone tampon – avec soins sur places Possibilité d'une unité pour errance (zone tiède – zone chaude) (impossible de retourner dans leur milieu de vie)	1 et plus	<p>Usagers ne sont pas en mesure de comprendre les mesures d'isolement, possibilité d'isoler à la chambre Usagers ambulants (errance)</p> <p>Nécessitent de la surveillance ainsi que soutien à leur autonomie pour AVD AVQ,</p> <p>Prévention du déconditionnement</p> <p>Besoins de soins de santé</p>	Gîte et couvert Stimulation Surveillance Assistance au AVD et AVQ Assistance à la médication	Infirmière PAB TS Inf Auxiliaire, TES, TS	Infirmière	Personnel du CI (U) SSS – mission SAD	Hébergement pour isolement à statut particulier COVID	Besoins d'aide à la médication Présence de résidents avec : <ul style="list-style-type: none"> Troubles cognitifs SCPD Réaction et adaptation au transfert plus difficile – désorientation

Zone tampon - Type avec unité de soins (lourde perte d'autonomie)	1 et plus	Type unité de soins Usagers avec profils ISO-SMAF 6 à 14 Problématiques de santé variées, mais principalement maladies chroniques, certains pourraient avoir une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. Prévention du déconditionnement	Gîte et couvert Stimulation Surveillance Assistance au AVD et AVQ (et à la mobilité, à la communication, etc.) Assistance à la médication Soins actifs	Infirmières, inf. auxil. PAB, TS	Infirmière	Personnel du CI (U) SSS – mission SAD	Hébergement pour isolement et soins à statut particulier COVID	Plateaux techniques nécessaires Possibilité d'être annexé à un milieu hospitalier ou CHSLD
--------------------------------------------------------------------------	-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	------------	---------------------------------------	----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Domicile							
Milieu	Clientèles	Services sur place	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration du CI (U) SSS avec les partenaires	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
Domicile : Maison privée Maison de ville Condo Logement locatif privé ou communautaire (ex. HLM, OBNL-H)	<p>Toute personne ayant des incapacités temporaires ou permanentes qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité de ses soins.</p> <p>Clientèles de tous les âges et ayant des problématiques diverses : perte d'autonomie, déficience physique, intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme ou, troubles de santé mentale, maladies chroniques, fin de vie, problème de santé nécessitant des soins aigus. Certains pouvant avoir une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers</p> <p>Les usagers ont des profils ISO-SMAF de 1-14</p>	<p>Les services d'aide à domicile requis sont déterminés par les équipes SAD, à la suite d'une demande de services de l'utilisateur. Ces services peuvent être dispensés par les équipes SAD ou par des prestataires externes (ex. : EESAD, organisme communautaire, travailleur engagé de gré à gré par la modalité AD/CES).</p> <p>Les soins et services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD à la suite d'une demande de services de l'utilisateur.</p>	<p>Les professionnels du SAD, ASSS et préposés d'aide à domicile seront sur place uniquement lorsqu'ils dispensent des services spécifiquement à un usager.</p>	<p>Usager ou personne proche aidante</p> <p>L'intervenant pivot assigné au dossier de l'utilisateur peut être contacté.</p>	<p>Collaboration avec les prestataires externes de services : EESAD Travailleurs engagés de gré à gré par la modalité AD/CES Organismes communautaires Centres de jour</p> <p>Collaboration avec les pharmacies communautaires et GMF</p>	<p>Entente de collaboration avec les prestataires externes pour la dispensation de services pour le compte de l'établissement</p>	<p>Priorisés en fonction des besoins identifiés à la suite de l'évaluation effectuée par les équipes de SAD.</p> <p>Attention : présence de certains résidents très vulnérables à domicile</p> <p>Usagers sans médecin de famille</p> <p>Le niveau de priorité est établi selon le jugement clinique, urgence de la situation, maintien à domicile compromis, facteurs de risques, fragilité, réseau social immédiat, etc. ainsi que des indicateurs de la perte d'autonomie et du niveau de soutien</p> <p>Parmi les usagers, prioriser dans l'ordre :</p> <ul style="list-style-type: none"> Usagers aux profils 14 à 10 Usagers aux profils 8, 7, 5 Usagers aux profils 9, 6, 4 Usagers au profil 3 et Usager aux profils 1-2 <p>Vérifier la présence de facteurs de vulnérabilité dans OEMC (maladies chroniques, etc.) * document de référence</p> <p>Les personnes résidant dans les quartiers défavorisés (indice de défavorisation sociale et matérielle) pourraient être plus à risque, ainsi que les usagers demeurant dans les édifices d'habitation à loyers modiques (HLM) : aires communes : entrées communes, ascenseurs, etc.</p>

	<p>Présence de conditions stables ou instables.</p> <p>Présence de clientèles à risque de déconditionnement</p>					<p>Les équipes SAD vont couvrir les milieux d'éclosion (ex. : HLM ou OBNL-H) au besoin.</p> <p>En général, les équipes SAD assurent la prise en charge des usagers COVID +.</p> <p>Sinon, aide et soutien des équipes SAD pour l'application des mesures PCI par le personnel provenant des EESAD qui dispensent des services aux usagers COVID +</p> <p>Le RSSS est responsable de fournir les ÉPI aux prestataires externes.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANNEXE : Profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle par groupe (ISO-SMAF)

GROUPE 1 Atteinte aux tâches domestiques	GROUPE 2 Atteinte motrice prédominante	GROUPE 3 Atteinte mentale prédominante	GROUPE 4 Atteinte mixte + mentale aide à la mobilité	GROUPE 5 Atteinte mixte + mentale alité et dépendant AVQ	
<p>Profil ISO-SMAF 1</p> <p>AVQ: difficulté : entretien de la personne et la fonction vésicale Mob : difficulté : circuler à l'extérieur et utiliser les escaliers Comm : sans particularité FM : très légers problèmes de mémoire AVD : stimulation ou surveillance : entretien de la maison et les courses. Difficulté : repas, transport et budget.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 4</p> <p>AVQ : difficulté, stimulation ou aide partielle : se laver ou entretenir sa personne Mob : difficultés : marcher à l'intérieur surveillance : circuler et à l'extérieur aide : utiliser les escaliers Comm : sans particularité FM : légers problèmes de mémoire des faits récents AVD : aide : entretien de la maison, repas, course, lessive. Difficulté avec le téléphone et les médicaments. Aide pour les transactions complexes (budget). Accompagnement pour le transport.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 5</p> <p>AVQ: stimulation : se laver et entretien de la personne, difficulté pour les autres items Mob : difficulté : circuler à l'extérieur Comm : sans particularité FM: problèmes de mémoire des faits récents et d'orientation à l'occasion, lenteur de compréhension et problèmes de jugement AVD : aide complète : entretien de la maison, repas, course, lessive. Aide : Accompagnement pour le transport</p>	<p>Profil ISO-SMAF 11</p> <p>AVQ: aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale : se laver ou s'habiller. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente mais continence au niveau fécal. Surveillance ou aide pour les toilettes Mob : aide : transferts, marche, fauteuil roulant. N'utilise plus les escaliers Comm : diminution : vision, audition langage FM : atteinte modérée de toutes les fonctions, surtout jugement. Peu de problèmes de comportement ou problèmes mineurs AVD: aide complète. Aide pour le transport</p>	<p>Profil ISO-SMAF 13</p> <p>AVQ: aide partielle pour se nourrir, aide totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) et n'utilise plus les toilettes Mob : aide pour les transferts ou grabataire, ne marche plus et utilise un fauteuil roulant Comm : diminution : vision, audition et langage FM : atteinte modérée, jugement est le plus atteint. Troubles de comportement mineurs AVD : aide complète, aide pour le transport ou ambulance</p>	
<p>Profil ISO-SMAF 2</p> <p>AVQ : difficulté : entretien de la personne Mob : difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers Comm : sans particularité FM : très légers problèmes de mémoire AVD : aide : entretien de la maison, préparer les repas, faire les courses. Aide totale pour la lessive. Surveillance ou stimulation : transport et budget.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 6</p> <p>AVQ: stimulation ou surveillance : se laver et entretien de la personne. Difficulté ou stimulation dans les autres items Mob : aide ou surveillance : circuler à l'extérieur, difficulté à marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier Comm : difficulté à voir et à entendre FM : problèmes de mémoire des faits récents, difficultés à évaluer les situations, conseils pour prendre des décisions. Désorientation occasionnelle dans temps et espace AVD : aide totale. Supervision: téléphone et transport</p>	<p>Profil ISO-SMAF 7</p> <p>AVQ: aide : se laver, entretenir sa personne, stimulation, aide pour s'habiller. Surveillance ou stimulation pour autres items Mob : difficulté : utiliser les escaliers et surveillance : circuler à l'extérieur Comm : un peu d'atteinte à la vision et à l'audition FM : atteinte modérée : mémoire, orientation, compréhension et particulièrement jugement. Présence de troubles de comportements mineurs AVD : aide totale. Aide partielle pour le transport.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 12</p> <p>AVQ: stimulation pour se nourrir, aide partielle ou totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire + fécale fréquente ou totale. Aide pour toilettes ou ne l'utilise plus. Mob : surveillance ou aide occasionnelle : marcher à l'intérieur et à l'extérieur et n'utilise plus les escaliers Comm : diminution : audition et langage mais exprime sa pensée FM : atteintes graves, troubles de comportement importants AVD : aide totale. Aide transport</p>	<p>Profil ISO-SMAF 14</p> <p>AVQ : aide totale : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) Mob : grabataire, fauteuil gériatrique ou civière pour les déplacements Comm : fonctions très affectées. Communique besoins primaires ou ne communique plus FM : déficits cognitifs très sévères, problèmes de comportement sont inexistantes ou mineurs comme des jérémiades AVD : aide totale</p>	
<p>Profil ISO-SMAF 3</p> <p>AVQ: difficulté : se laver ou entretien de la personne Mob : difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers Comm : sans particularité FM : légers problèmes de mémoire et conseils pour la prise de décision AVD : aide totale : entretien de la maison, repas, lessive et prise de médicaments. Aide : courses et budget. Supervision : téléphone et transport</p>	<p>Profil ISO-SMAF 9</p> <p>AVQ: difficulté, stimulation à se nourrir. Aide : se laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, incontinence fécale occasionnelle. Surveillance ou aide : utiliser la toilette Mob : aide : transferts et marche, circuler à l'extérieur. Difficulté ou aide : fauteuil roulant n'utilise plus les escaliers. Comm : difficultés FM : légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion. Lenteur de compréhension Problèmes de jugement. AVD: aide totale. Aide partielle téléphone et transport.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 8</p> <p>AVQ: aide : se laver, entretenir sa personne, l'habillement Mob : surveillance : marche, aide pour circuler à l'extérieur, et n'utilise pas les escaliers Comm : voir et entendre diminués FM : atteinte modérée de toutes les fonctions. Jugement le plus affecté. Troubles de comportement nécessitant un encadrement journalier AVD : aide totale sauf pour le transport : aide partielle.</p>	<p>Ce sont les caractéristiques les plus fréquentes retrouvées dans chaque profil. Notez bien que dans ce tableau les profils ne sont pas en ordre de numéros de profils, ils sont regroupés par leur prédominance clinique.</p> <p style="text-align: center;">Définitions</p> <p>AVQ : Activités de la vie quotidienne Mob : Mobilité Comm : Communication FM : Fonctions mentales AVD : Activités de la vie domestique</p> <p>Atteinte mixte : atteinte motrice + atteinte mentale</p>		
			<p>Profil ISO-SMAF 10</p> <p>AVQ: stimulation pour se nourrir, aide ou aide totale : se laver, entretenir sa personne, s'habiller. Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour les toilettes Mob : surveillance : marcher et utiliser les escaliers. Aide : circuler à l'extérieur Comm : difficulté, défaut langage FM : toutes fonctions sont gravement atteintes, troubles comportements importants qui nécessitent une surveillance plus intensive AVD : aide totale. N'utilise plus le téléphone et aide pour le transport.</p>	<p>Source : Dubuc, N. ; Delli-Colli, N. (2004), version révisée 2011</p> <p>Pour plus d'information : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke Téléphone : 819-821-5122 Courriel : info@expertise-sante.com</p>	

RÉSUMÉ — Milieux de vie pour aînés et aide à l'organisation de la couverture médicale selon les variables suivantes : vulnérabilité des usagers et disponibilités des services sur place¹.

Le présent document est un résumé d'une version plus complète sur le continuum de milieux de vie pour aînés et ses spécificités. Il s'adresse aux gestionnaires et intervenants du secteur des services médicaux qui seront appelés à prendre des décisions sur la couverture médicale et les trajectoires ou à intervenir en milieux de vie pour aînés. Cette synthèse pourra être utile aux fins d'organisation des services médicaux en adéquation avec les besoins des aînés et la disponibilité du personnel sur place. Le document présente en détail les différents types de milieux de vie pour aînés, soit le nombre de places, les caractéristiques de la clientèle qui y vit, les services offerts, le personnel qui est sur place, la personne que le médecin peut contacter, le personnel du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) y intervenant le cas échéant, le lien administratif et clinique avec l'établissement ainsi que les facteurs à considérer pour l'analyse du risque en lien avec la vulnérabilité des aînés et la réalité du milieu. Voici un tableau résumant le contenu du document :

Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

- Il existe 3 types de CHSLD : public, privé conventionné et privé. Le CHSLD public compte sur du personnel provenant du réseau. Les CHSLD privés conventionnés et privés ont leur propre personnel (employeur privé). Tous les CHSLD doivent avoir au moins une infirmière 24 h sur 24.
- Le nombre de lits est très variable d'un CHSLD à l'autre, soit de 9 à 446 lits. Il est courant que des chambres soient occupées par plus d'une personne [pour réunir un couple ou pour une raison clinique (ex. : gestion de l'anxiété) ou pour une question d'infrastructure].
- Les usagers sont en grande perte d'autonomie : profils système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) 10 à 14.
- Pour les CHSLD publics : les équipements disponibles sur place de même que l'expertise clinique peuvent limiter les soins aigus pouvant y être réalisés. Il existe une grande variabilité d'un CHSLD à l'autre concernant le type de soins aigus pouvant y être exécutés. Par conséquent, des vérifications doivent être faites auprès des équipes de soins du CHSLD pour connaître la disponibilité des équipements : O₂ sur place, équipement pour soins de fin de vie, soins de plaies complexes, prélèvements et injections, antibiotiques intraveineux ou intramusculaires, sous-cutanées, défibrillateur, appareil BiPAP ou CPAP (à l'individu ou au CHSLD).
- La liaison avec la pharmacie est présente : Le CHSLD public a une entente avec une pharmacie d'établissement ou une pharmacie 24 h sur 24 en entente avec l'établissement (couverture Rx des soins palliatifs possible).
- Pour les CHSLD privés conventionnés et privés : les équipements disponibles sont très variables. La trajectoire entre les centres hospitaliers et les CHSLD privés peut varier.
- La liaison avec la pharmacie est plus compliquée dans certains cas.

Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF)¹

- Les RI et les RTF sont des partenaires liés par une entente particulière avec les CISSS et les CIUSSS. Les CISSS et les CIUSSS confient les usagers à des responsables de ressources RI ou RTF. L'approche de ces ressources est de maintenir l'usager dans sa communauté et de favoriser son intégration et sa participation sociale. Les usagers sont donc encouragés à se rendre chez leur médecin en cas de problème de santé.
- Le nombre de lits varie de 4 à plus de 100 places/lits.
- Clientèle très vulnérable, ayant des profils ISO-SMAF de 6 à 12. Dans certaines RI, on peut retrouver plusieurs usagers ayant des profils 12 et exceptionnellement 13 et 14.
- Les soins infirmiers sont habituellement assurés par les soins à domicile (SAD). Lesquels demeurent sur place pendant la durée de son évaluation ou du soin à prodiguer, selon le plan de traitement en cours. Il peut arriver qu'une RI ait à son emploi du personnel infirmier. Cependant, celui-ci ne prodigue pas nécessairement de soins professionnels. Il peut avoir un rôle de gestionnaire ou de coordonnateur. Il peut s'agir d'infirmière auxiliaire. Une vérification est requise auprès de ce personnel pour vérifier quelles responsabilités et fonctions sont attendues de leur part (ex. : activités réglementées comme l'administration de médicaments).
- La seule formation obligatoire pour le personnel de ces ressources est la réanimation cardiorespiratoire (RCR) et le secourisme général. Les employés assurent des tâches similaires à celles d'un auxiliaire aux services de santé et sociaux, d'un préposé aux bénéficiaires (PAB) ou d'une aide de services. Certains membres du personnel peuvent avoir une formation pour les activités réglementées (administration des médicaments et soins invasifs).
- Les équipements sur place pour prodiguer des soins aigus en urgence : il n'est pas possible d'avoir des soins aigus, à moins d'avoir des soins palliatifs et intensifs à domicile (SIAD) dans sa région (fait partie des services SAD). Défibrillateur possible, mais très rare (les responsables des ressources et leur personnel ne sont pas dans l'obligation d'avoir un cours de PAB ou un cours de principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires, mais ils doivent avoir une formation RCR et carte de secourisme). Pas de concentrateur d'O₂, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.

¹ À noter que bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci comprend les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés

- La liaison avec la pharmacie communautaire — client régulier de sa pharmacie de quartier.
- Description RTF : Idem que RI. Un maximum de 9 usagers peut être confié à une RTF dont le ou les responsables partagent leur lieu de vie principal. Clientèle en RTF : usagers ayant un profil ISO-SMAF de 6 à 12. Certains milieux RTF peuvent accueillir des usagers, dont le profil ISO-SMAF est inférieur. Habituellement, pas de personnel autre que l'exploitant.

Résidences privées pour aînés (RPA)

- Les RPA sont entièrement privées et agissent à titre de partenaires des CISSS et des CIUSSS. Pour qu'une résidence soit reconnue comme une RPA, l'exploitant doit obtenir un certificat de conformité délivré par le CISSS ou le CIUSSS du territoire concerné en vertu du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés. Une entente concernant les modalités de dispensation des services offerts par la RPA et le CISSS ou le CIUSSS doit être conclue. Le Règlement est sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- La RPA est considérée comme le domicile de la personne. Ce sont des personnes âgées de plus de 65 ans autonomes ou semi-autonomes. L'exploitant agit comme locateur et fournisseur de services et un bail est conclu avec la personne âgée. Il peut y avoir des personnes très autonomes, des personnes semi-autonomes nécessitant peu de soins ou de services d'assistance personnelle et des personnes moins autonomes ayant besoin de soins ou de services de façon plus soutenue (ex. : surveillance constante). Cette mixité peut exister à l'intérieur d'une même résidence.
- Le personnel sur place est à l'emploi de la RPA, donc de l'employeur privé. Il y a 4 catégories de RPA. Ces catégories sont déterminées en fonction de l'offre de services de la RPA (et non sur un profil de besoins de la personne). La RPA est responsable de son offre de services, mais n'est pas responsable de répondre aux besoins des résidents. Seule la catégorie 4 offre des services infirmiers (avec ou sans unité de soins). Même dans cette catégorie de RPA, on y retrouve tous les profils d'autonomie.
- La possibilité de donner des soins aigus sur place par ce personnel est faible. L'environnement physique n'est souvent pas adapté pour des soins aigus sur place, même dans les RPA de catégorie 4. S'il y a présence d'unités de soins, celle-ci est souvent réservée que pour un nombre restreint de résidents.
- Les équipes SAD des CISSS et des CIUSSS peuvent offrir des services aux personnes qui habitent en RPA. Donc, des infirmières du SAD peuvent être sur place pendant la durée de l'évaluation d'un usager ou du soin. Selon le choix de la personne âgée en RPA, tout comme chaque citoyen, elle peut demander des soins palliatifs ou de fin de vie à son domicile. Ces soins sont offerts par les équipes SAD. Les infirmières et infirmiers auxiliaires de RPA peuvent également donner des soins selon l'offre de services de la RPA.
- À noter que les personnes en RPA ne sont pas toutes connues des services de SAD.
- Le nombre d'unités locatives d'une RPA est très variable; allant de 1 à plus de 1 300 unités locatives.
- Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en urgence :
 - Défibrillateur possible, mais rare. Les personnes responsables d'assurer la surveillance ont l'obligation d'avoir complété une formation RCR et secourisme général;
 - Pas de concentrateur d'O₂, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin;
 - Pharmacien communautaire lié à la personne (sa pharmacie de quartier).
- Il existe quelques résidences privées spécialisées auprès d'usagers atteints d'une maladie neurodégénérative et faisant de l'errance (unité prothétique).

Maison de soins palliatifs

- Dans la province : 1 maison de soins palliatifs de plus de 20 places et 33 de 20 places et moins.
- Infirmières sur place 24 h/7 jours.
- Garde médicale 24 h/7 jours.

Communauté religieuse

- Usagers dont les profils peuvent varier de 1 à 14 (niveau d'autonomie très variable).
- Infirmières possibles sur place (de la résidence ou du SAD) et une responsable de la communauté.
- Personnel de soins (religieuse sur place) ou civil.

Zone tampon — site non traditionnel et site traditionnel adapté (créé en contexte de COVID-19)

- La zone tampon est une solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique, incapacité de suivre les consignes) ne permettent pas un isolement à la chambre et que l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (ex. : milieu de vie de type familial). On doit retrouver dans les zones tampons, une zone chaude et une zone tiède. Dans les zones tampons, l'utilisateur peut être considéré admis ou inscrit selon le type de zone.
- Ces zones tampons peuvent être situées dans un site non traditionnel ou un site traditionnel réaménagé.
- Pour plus de détails, vous pouvez consulter la directive à ce sujet disponible à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-015.pdf>.
- La couverture médicale est nécessaire selon le profil d'utilisateur s'y trouvant. Le choix du site est aussi conditionnel aux besoins en soins et en soutien technique de l'utilisateur.

Différents types de zones tampons

1. **Zones tampons de type soins et services où les usagers sont admis : il s'agit d'une ressource transitoire qui offre l'ensemble des services de santé et d'assistance requis par l'utilisateur.**
2. **Zones tampons de type communautaire où la clientèle est inscrite (clientèle RPA, domicile, etc.) : il s'agit d'une ressource offrant des services non professionnels (ex. : repas, ménage) et certains services de base professionnels. La pharmacie communautaire peut desservir les usagers de cette zone.**

Les déclinaisons peuvent être multiples par exemple :

- Zone tampon de type communautaire (sans soin sur place). Type hôtellerie (zone froide ou tiède, chaude avec usagers asymptomatiques) pas d'infirmière sur place.
- Zone tampon avec soins et services. Infirmière sur le site.
- Possibilité d'une unité pour errance (zone tiède — zone chaude) (impossible de retourner dans leur milieu de vie).
- Zone tampon avec soins et services — type avec unité de soins (lourde perte d'autonomie), infirmière sur le site.

Domicile

- Ce qui est considéré comme le domicile : maison privée, maison de ville, condo, logement locatif privé ou communautaire (ex. : habitation à loyer modéré, organisme à but non lucratif-habitation) et, comme vu précédemment, les RPA.
- Un peu plus de 10 % des 65 ans et plus sont desservis par le SAD. Il s'agit d'une clientèle de tous les âges et ayant des problématiques diverses : perte d'autonomie, déficience physique, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, troubles de santé mentale, maladies chroniques, soins palliatifs, fin de vie ou problème de santé nécessitant des soins aigus. Certains ayant plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers.
- Les soins et services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD à la suite d'une demande de services de l'utilisateur. Certains services (ex. : l'entretien ménager, services d'assistance personnelle) peuvent être offerts par des prestataires externes [ex. : entreprises d'économie sociale d'aide à domicile, organisme communautaire, travailleur engagé de gré à gré par la modalité allocation directe/chèque emploi service (AD/CES)].
- Les usagers ont des profils ISO-SMAF de 1 à 14.
- Présence de conditions stables ou instables.
- Présence de clientèle à risque de déconditionnement.

ANNEXE : Profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle par groupe (ISO-SMAF)

GROUPE 1 Atteinte aux tâches domestiques	GROUPE 2 Atteinte motrice prédominante	GROUPE 3 Atteinte mentale prédominante	GROUPE 4 Atteinte mixte + mentale aide à la mobilité	GROUPE 5 Atteinte mixte + mentale alité et dépendant AVQ
<p>Profil ISO-SMAF 1</p> <p>AVQ: difficulté : entretien de la personne et la fonction vésicale Mob : difficulté : circuler à l'extérieur et utiliser les escaliers Comm : sans particularité FM : très légers problèmes de mémoire AVD : stimulation ou surveillance : entretien de la maison et les courses. Difficulté : repas, transport et budget.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 4</p> <p>AVQ : difficulté, stimulation ou aide partielle : se laver ou entretenir sa personne Mob : difficultés : marcher à l'intérieur surveillance : circuler et à l'extérieur aide : utiliser les escaliers Comm : sans particularité FM : légers problèmes de mémoire des faits récents AVD : aide : entretien de la maison, repas, course, lessive. Difficulté avec le téléphone et les médicaments. Aide pour les transactions complexes (budget). Accompagnement pour le transport.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 5</p> <p>AVQ: stimulation : se laver et entretien de la personne, difficulté pour les autres items Mob : difficulté : circuler à l'extérieur Comm : sans particularité FM: problèmes de mémoire des faits récents et d'orientation à l'occasion, lenteur de compréhension et problèmes de jugement AVD : aide complète : entretien de la maison, repas, course, lessive. Aide : téléphone, médicaments, budget. Accompagnement pour le transport</p>	<p>Profil ISO-SMAF 11</p> <p>AVQ: aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale : se laver ou s'habiller. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente mais continence au niveau fécal. Surveillance ou aide pour les toilettes Mob : aide : transferts, marche, fauteuil roulant. N'utilise plus les escaliers Comm : diminution : vision, audition langage FM : atteinte modérée de toutes les fonctions, surtout jugement. Peu de problèmes de comportement ou problèmes mineurs AVD: aide complète. Aide pour le transport</p>	<p>Profil ISO-SMAF 13</p> <p>AVQ: aide partielle pour se nourrir, aide totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) et n'utilise plus les toilettes Mob : aide pour les transferts ou grabataire, ne marche plus et utilise un fauteuil roulant Comm : diminution : vision, audition et langage FM : atteinte modérée, jugement est le plus atteint. Troubles de comportement mineurs AVD : aide complète, aide pour le transport ou ambulance</p>
<p>Profil ISO-SMAF 2</p> <p>AVQ : difficulté : entretien de la personne Mob : difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers Comm : sans particularité FM : très légers problèmes de mémoire AVD : aide : entretien de la maison, préparer les repas, faire les courses. Aide totale pour la lessive. Surveillance ou stimulation : transport et budget.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 6</p> <p>AVQ: stimulation ou surveillance : se laver et entretien de la personne. Difficulté ou stimulation dans les autres items Mob : aide ou surveillance : circuler à l'extérieur, difficulté à marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier Comm : difficulté à voir et à entendre FM : problèmes de mémoire des faits récents, difficultés à évaluer les situations, conseils pour prendre des décisions. Désorientation occasionnelle dans temps et espace AVD : aide totale. Supervision: téléphone et transport.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 7</p> <p>AVQ: aide : se laver, entretenir sa personne, stimulation, aide pour s'habiller. Surveillance ou stimulation pour autres items Mob : difficulté : utiliser les escaliers et surveillance : circuler à l'extérieur Comm : un peu d'atteinte à la vision et à l'audition FM : atteinte modérée : mémoire, orientation, compréhension et particulièrement jugement. Présence de troubles de comportements mineurs AVD : aide totale. Aide partielle pour le transport.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 12</p> <p>AVQ: stimulation pour se nourrir, aide partielle ou totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire + fécale fréquente ou totale. Aide pour toilettes ou ne l'utilise plus. Mob : surveillance ou aide occasionnelle : marcher à l'intérieur et à l'extérieur et n'utilise plus les escaliers Comm : diminution : audition et langage mais exprime sa pensée FM : atteintes graves, troubles de comportement importants AVD : aide totale. Aide transport</p>	<p>Profil ISO-SMAF 14</p> <p>AVQ : aide totale : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) Mob : grabataire, fauteuil gériatrique ou civière pour les déplacements Comm : fonctions très affectées. Communique besoins primaires ou ne communique plus FM : déficits cognitifs très sévères, problèmes de comportement sont inexistantes ou mineurs comme des jérémiades AVD : aide totale</p>
<p>Profil ISO-SMAF 3</p> <p>AVQ: difficulté : se laver ou entretien de la personne Mob : difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers Comm : sans particularité FM : légers problèmes de mémoire et conseils pour la prise de décision AVD : aide totale : entretien de la maison, repas, lessive et prise de médicaments. Aide : courses et budget. Supervision : téléphone et transport</p>	<p>Profil ISO-SMAF 9</p> <p>AVQ: difficulté, stimulation à se nourrir. Aide : se laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, incontinence fécale occasionnelle. Surveillance ou aide : utiliser la toilette Mob : aide : transferts et marche, circuler à l'extérieur. Difficulté ou aide : fauteuil roulant n'utilise plus les escaliers. Comm : difficultés FM : légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion. Lenteur de compréhension Problèmes de jugement. AVD: aide totale. Aide partielle téléphone et transport.</p>	<p>Profil ISO-SMAF 8</p> <p>AVQ: aide : se laver, entretenir sa personne, l'habillement Mob : surveillance : marche, aide pour circuler à l'extérieur, et n'utilise pas les escaliers Comm : voir et entendre diminués FM : atteinte modérée de toutes les fonctions. Jugement le plus affecté. Troubles de comportement nécessitant un encadrement journalier AVD : aide totale sauf pour le transport : aide partielle.</p>	<p>Ce sont les caractéristiques les plus fréquentes retrouvées dans chaque profil. Notez bien que dans ce tableau les profils ne sont pas en ordre de numéros de profils, ils sont regroupés par leur prédominance clinique.</p> <p style="text-align: center;">Définitions</p> <p>AVQ : Activités de la vie quotidienne Mob : Mobilité Comm : Communication FM : Fonctions mentales AVD : Activités de la vie domestique</p> <p>Atteinte mixte : atteinte motrice + atteinte mentale</p>	
		<p>Profil ISO-SMAF 10</p> <p>AVQ: stimulation pour se nourrir, aide ou aide totale : se laver, entretenir sa personne, s'habiller. Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour les toilettes Mob : surveillance : marcher et utiliser les escaliers. Aide : circuler à l'extérieur Comm : difficulté, défaut langage FM : toutes fonctions sont gravement atteintes, troubles comportements importants qui nécessitent une surveillance plus intensive AVD : aide totale. N'utilise plus le téléphone et aide pour le transport.</p>	<p>Source : Dubuc, N. ; Delli-Colli, N. (2004), version révisée 2011</p> <p>Pour plus d'information : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke Téléphone : 819-821-5122 Courriel : info@expertise-sante.com</p>	

L'algorithme CHSLD a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans un CHSLD en éclosion. Cet algorithme est issu des meilleures pratiques et recommandations de la première vague COVID, elle s'adresse aux gestionnaires, équipes médicales et personnel des CHSLD publics et privés conventionnés (missions CHSLD). Les CHSLD privés sont libres de s'en inspirer.

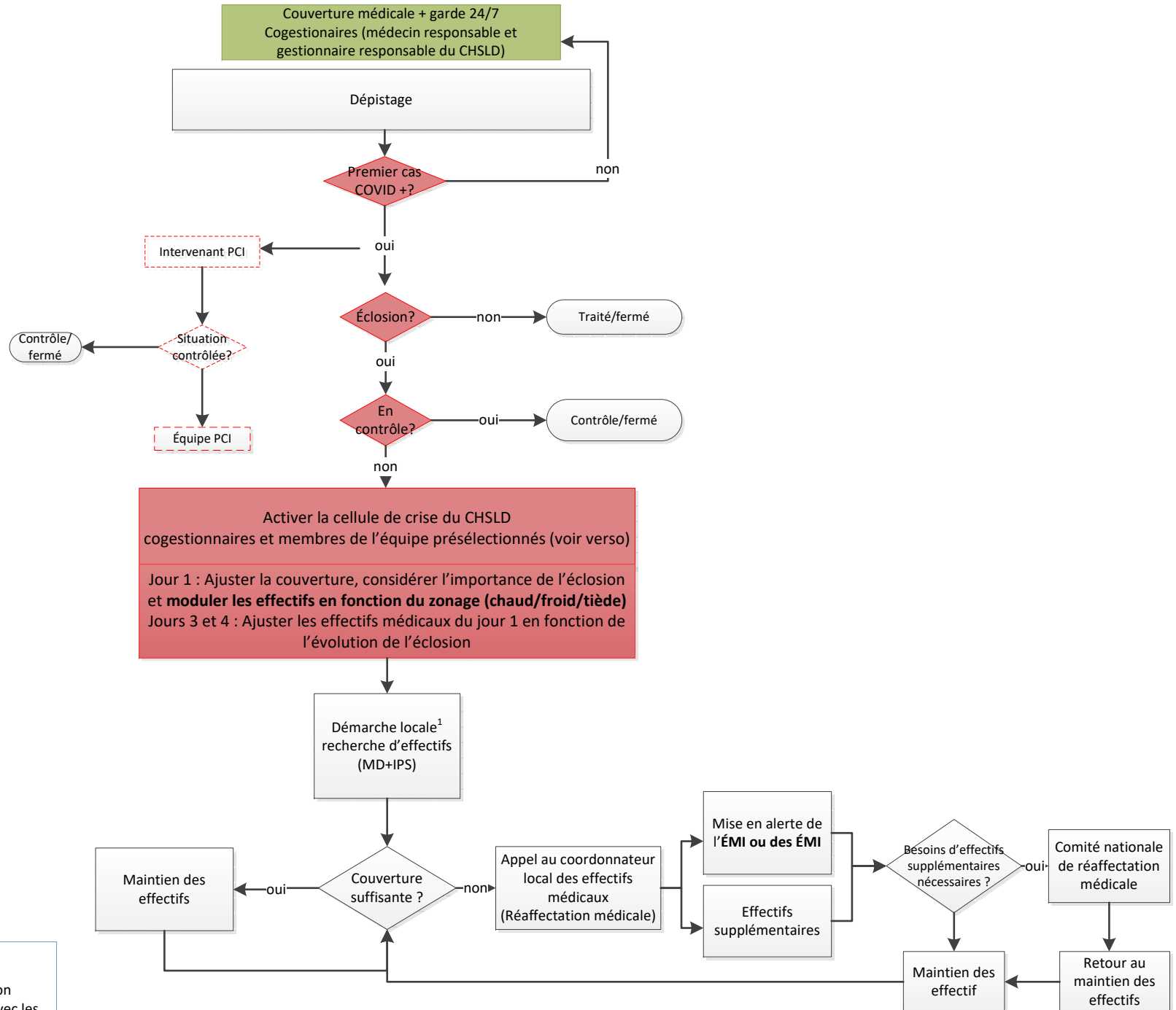
CHSLD

Équipes médicales impliquées

Équipe de base

Équipe locale élargie
Plan de contingence local suggéré

Recours effectifs médicaux additionnels



¹ Appliquer le plan de contingence local et régional
Note : lorsque recours au coordonnateur de réaffectation locale, celui-ci doit trouver une solution à l'interne ou avec les RLS limitrophes avant de faire appel à la réaffectation nationale

Cogestion

Description :

Dans ce schéma de l'algorithme, la cogestion illustrée est sur le plan local soit au niveau même du centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). La cogestion est une approche intégrée par laquelle le processus réflexif et la prise de décision sont partagés entre deux individus ayant des expertises différentes, mais hautement complémentaires, mises au service du résident, de ses proches et du système, au plus grand bénéfice de ceux-ci. Les cogestionnaires appartiennent souvent à deux directions (clinique et administrative) distinctes. Elle s'inscrit dans une culture organisationnelle innovante et trouve sa pertinence et sa légitimité dans le long terme, même hors pandémie.

Objectifs de la cogestion :

La cogestion médico-clinico-administrative a généralement pour objectif d'assurer une saine gestion opérationnelle, de favoriser une agilité dans la prise de décision ayant un impact sur la qualité des soins, des services et du bien-être des résidents. Cette dernière assure également une réponse ajustée selon l'évolution des besoins.

Dans un contexte de crise :

L'objectif est de gagner de la vitesse pour des prises de décisions dans un contexte d'urgence impliquant la vie et la santé des résidents en CHSLD.

Composition de la cogestion :

Elle s'actualise à travers deux personnes, soit le gestionnaire responsable du CHSLD et un médecin impliqué dans le CHSLD. Les cogestionnaires peuvent compter sur la collaboration des chefs d'unités du milieu.

Tâches :

1. Assurer la qualité et la sécurité du milieu de vie pour les résidents et leurs proches dans le contexte de la COVID-19;
2. S'assurer que les mesures au regard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soient appliquées de façon rigoureuse, dans un contexte de milieu de vie;
3. Assurer la coordination des activités de PCI et soutien aux pratiques professionnelles;
4. Mettre en œuvre les directives, orientations et meilleures pratiques dans les CHSLD en respectant la gradation des mesures en fonction du palier d'alerte, le maintien du lien essentiel avec les résidents, leur famille et les personnes proches aidantes;
5. Soutenir les équipes en place, notamment la cellule de crise;
6. Assurer une réponse en services médicaux en fonction des besoins;
7. Poursuivre ses activités cliniques en adéquation avec les besoins;
8. etc.

À noter qu'un des facteurs de réussite pour une cogestion agile et efficace est l'autonomie décisionnelle de ces gestionnaires en CHSLD. Cependant, ces cogestionnaires peuvent compter sur le directeur de l'hébergement ou leur directeur adjoint au soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), ainsi qu'un médecin représentant les services médicaux en CHSLD sur le territoire lors de difficulté.

Bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci inclut également les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés (MVA).

Cellule de crise

Description :

La cellule de crise est une instance locale propre au CHSLD. Elle est composée d'intervenants-clés clairement identifiés au sein du personnel du milieu et de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, une écloison, elle est un outil de fonctionnement indispensable. Ainsi, la cellule de crise se rencontre plus souvent (voire quotidiennement) lorsque le milieu est en écloison et moins souvent à mesure du rétablissement ou en période de vigie, quand la transmission communautaire est significative. Elle permet donc au CHSLD d'être prêt à réagir en réunissant les acteurs nécessaires pour mettre en place les changements.

Composition :

Cogestionnaires du CHSLD, infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI), infirmière PCI, Hygiène et salubrité/maintenance des immeubles, logistique (pour les équipements). D'autres acteurs pourraient s'y joindre, par exemple : un représentant des ressources humaines, le conseiller du MVA et le représentant des services alimentaires.

Adaptation :

Il est recommandé d'avoir une cellule de crise par CHSLD. Dans le cas de rareté de ressources, la cellule (en partie ou en totalité) pourrait exceptionnellement couvrir plus d'un CHSLD.

Tâches :

1. Selon les directives de la santé publique et les équipes PCI :
 - a. recommander la mise en place des mesures de gestion d'écloison hygiène salubrité, et PCI;
 - b. aménager les espaces pour prévenir la propagation;
 - c. faire la logistique de circulation du personnel;
 - d. au besoin, adapter des directives PCI au milieu de vie;
 - e. vérifier le matériel et équipements de protection.
2. Évaluation des risques (en continu);
3. Suivi des indicateurs via le tableau de suivi épidémiologique disponible dans la trousse de gestion de la Direction régionale de la Santé publique (DRSP);
4. Autre transmission rapide et cohérente des informations aux équipes dans le CHSLD via des canaux de communication préalablement identifiés et harmonisés, notamment à tous les médecins qui y exercent;
5. Prises de décision et solutions aux problèmes rencontrés par les équipes et difficultés observées;
6. Transmission rapide de l'information des cogestionnaires CHSLD vers le niveau régional, notamment pour interpeler le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le département régional de médecine générale (DRMG) et le directeur des services professionnels (DSP) lors d'une rupture de services médicaux anticipée ou présente.

*En cas de difficulté, la cellule de crise en CHSLD via les cogestionnaires, escalade les difficultés à la table des chefs ou au comité de direction selon le cas (où il y a le DSP et le président-directeur général (PDG), le chef des médecins généralistes, le directeur SAPA ainsi que le directeur des soins infirmiers (DSI)).

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise régionale en soutien aux cellules locales. Sa composition est la suivante : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, médecin chef adjoint de l'hébergement, un chef PCI, un microbiologiste attitré au MVA, un expert biosécurité, le directeur des services technique au besoin (hygiène et salubrité/maintenance des immeubles), un chef des soins infirmiers.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :

L'ÉMI est une équipe médicale [médecins\infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSP)] pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en écloison. Elle est en renfort aux équipes médicales de base du CHSLD, aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées, tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI.

Composition :

2-3 médecins/IPSP en disponibilité¹ (préalerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier² avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :

Prête à être déployée de 24/48 heures d'avis dans un MVA en écloison. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans un MVA en écloison. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSP) pour prendre la relève.

L'équipe se place en préalable sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux. Cette préalable survient dès l'annonce d'une écloison jugée difficile à contrôler. L'ÉMI sera déployée également à la demande des coordonnateurs. Ceux-ci étant sous la gouverne du DSP ou du DRMG.

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité¹ afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge de l'établissement, une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base sur place suffisent à nouveau aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurées.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail.

Tâches :

1. Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
 - a. Contacter l'équipe de soins ou autres professionnels concernés;
 - b. Prendre connaissance des lieux;
 - c. Prendre connaissances des besoins en soutien des équipes en place;
2. Réaliser toutes tâches médicales attendues de l'équipe traitante de garde.

Bien que l'algorithme soit pour CHSLD, l'ÉMI est appliquée aux différents types de MVA.

¹Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.

²La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectif expert, le pairage ou le monitoring avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

L'équipe PCI

Description :

L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'écloison (voir *Guide de gestion des écloisons en CHSLD – MSSS* (publication à venir)). Sa mission est de s'assurer de mettre les mesures en place pour circonscrire l'écloison.

Composition :

Sa composition peut être, par exemple, un représentant de la DRSP, un chef PCI, un microbiologiste attitré aux MVA, un expert en biosécurité.

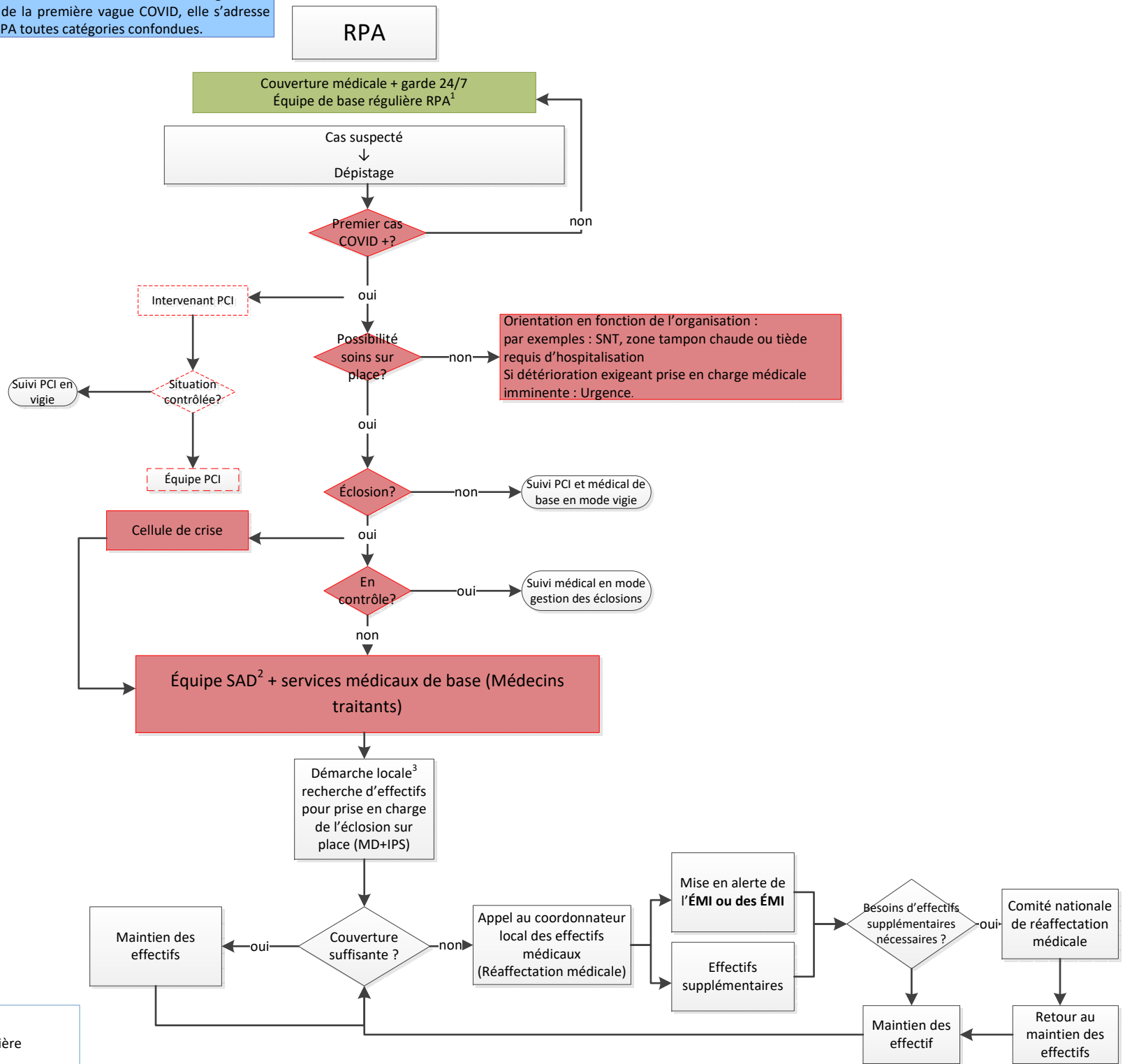
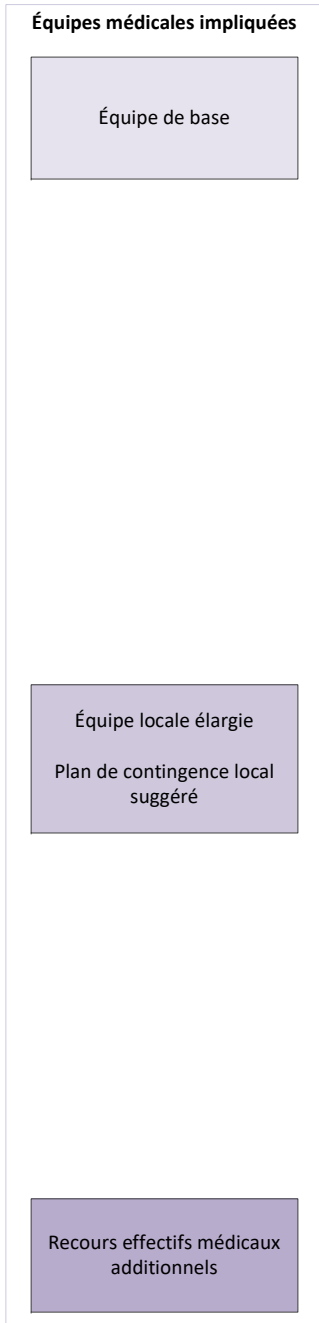
Tâches :

1. Responsable d'appliquer les directives du *Guide de gestion des écloisons en CHSLD*;
2. Apporte une expertise dans les contextes plus complexes (écloisons complexes, qui ne se résorbent pas, etc.);
3. Vient en appui à la cellule de crise du CHSLD;
4. Se déplace sur les lieux de l'écloison et analyse les lieux;
5. Vérifie le matériel et les équipements de protection;
6. Recommande la mise en place des mesures de gestion d'écloison (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
7. Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
8. Fait la logistique de circulation du personnel;
9. etc.

À noter que la distinction entre l'équipe ÉMI et l'équipe PCI est claire, et s'exprime de la façon suivante :

L'ÉMI est une équipe de médecins/IPSP qui intervient au niveau médical en appui aux équipes médicales en place. L'équipe PCI est une équipe qui fait un plan d'intervention dans le milieu pour circonscrire l'écloison. Cette dernière est composée d'acteurs autres que les services médicaux. Elle peut compter un médecin microbiologiste, mais aucun en pratique médicale.

L'algorithme Résidences privées pour ainés (RPA) a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans une RPA en écloison. Cet algorithme est issu des meilleures pratiques et recommandations de la première vague COVID, elle s'adresse aux gestionnaires, équipes médicales et personnel des RPA toutes catégories confondues.



¹ Infirmière en RPA sur place (si catégorie 4)

² Possibilité du répondant pivot, idem qu'en RPA (infirmière ou autre intervenant)

³ Appliquer le plan de contingence local et régional

Note : lorsque recours au coordonnateur de réaffectation locale, celui-ci doit trouver une solution à l'interne ou avec les RLS limitrophes avant de faire appel à la réaffectation nationale.

Les résidences privées pour aînés (RPA)

Description :

Les RPA sont entièrement privées et agissent à titre de partenaires des CISSS et CIUSSS. Pour qu'une résidence soit reconnue comme une RPA, l'exploitant doit obtenir un certificat de conformité délivré par le CISSS ou le CIUSSS du territoire concerné en vertu du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés. Une entente concernant les modalités de dispensation des services offerts par la RPA et le CISSS ou le CIUSSS doit être conclue. Le Règlement est sous la responsabilité du MSSS.

La RPA est considérée comme le domicile de la personne. Ce sont des personnes âgées de plus de 65 ans. L'exploitant agit comme locateur et fournisseur de services et un bail est conclu avec la personne âgée. Il peut y avoir des personnes très autonomes, des personnes semi-autonomes nécessitant peu de soins ou de services d'assistance personnelle et des personnes moins autonomes ayant besoin de soins ou de services de façon plus soutenue (ex. : surveillance constante).

Le personnel sur place est à l'emploi de la RPA, donc de l'employeur privé. Il y a 4 catégories de RPA. Ces catégories sont déterminées en fonction de l'offre de services de la RPA. La RPA est responsable de son offre de services. Seule la catégorie 4 offre des services infirmiers (avec ou sans unités de soins). Même dans cette catégorie de RPA, on y retrouve tous les profils d'autonomie.

Pour l'ensemble des RPA, toutes catégories confondues, les équipes SAD des CISSS et CIUSSS peuvent offrir des services aux personnes qui y habitent. Donc, des infirmières peuvent être sur place pendant la durée de l'évaluation d'un usager ou du soin. Selon le choix de la personne âgée vivant en RPA, tout comme chaque citoyen, elle peut demander des soins palliatifs ou de fin de vie à son domicile. Ces soins sont offerts par les équipes des SAD.

Les personnes en RPA ne sont pas toutes connues des SAD.

La possibilité de donner des soins aigus sur place par ce personnel est faible. L'environnement physique n'est souvent pas adapté pour des soins aigus sur place.

Le nombre d'unités locatives d'une RPA est très variable; allant de 1 à plus de 1 300 unités locatives.

Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en urgence:

- Défibrillateur possible. Les personnes responsables d'assurer la surveillance ont l'obligation d'avoir complété une formation RCR et secourisme général;
- Pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.

Pharmacien communautaire lié à la personne (sa pharmacie de quartier)

Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles.

Il existe quelques résidences privées spécialisées auprès d'usagers atteints d'un trouble neurocognitif sévère et faisait de l'errance (unité prothétique).

Des places RI peuvent exister en RPA.

Pour ces résidences spécialisées et ces places RI, les besoins des usagers peuvent différer de la clientèle attendue en RPA.

Bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieu de vie pour aînés, celui-ci inclut également les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés (MVA).

Couverture médicale

Description :

Les effectifs médicaux pour les personnes âgées en RPA sont assurés d'abord par le médecin de famille auprès duquel elles sont inscrites. À noter que la majorité des personnes habitant en RPA sont autonomes et en mesure de se déplacer pour aller consulter leur médecin de famille.

Dans la situation où le médecin de famille pratique en GMF n'est pas disponible, il est possible qu'un médecin remplaçant du GMF soit rejoint.

En dehors des heures de bureau, la garde médicale 24/7 est assurée pour les personnes qui y sont inscrites. En cas de nécessité et bris de service, la garde 24/7 (garde SAD) est aussi disponible de jour pour celles-ci.

Dans certaines régions, une garde médicale RPA (24/7 uniquement pour les Catégories 3 et 4 a été mise en place lors de la première vague) pour répondre aux demandes lors d'une détérioration clinique du résident.

Dans le cas de la clientèle orpheline, la personne sera invitée à s'inscrire au Guichet d'accès à un médecin de famille.

L'infirmière du SAD pourrait décider, selon certains critères, d'inscrire une personne vulnérable ayant un médecin de famille à la garde 24/7.

Lors de cas COVID+, l'infirmière pivot RPA réfère les services médicaux requis à la situation clinique.

Garde médicale de première ligne (évolution de la garde RPA dans certaines régions) est aussi une mesure de disponibilité d'effectifs médicaux dans certaines régions.

La disponibilité des médecins peut être de différents types, en cabinet, en présence à domicile ou en téléconsultation.

Cellule de crise régionale

Description :

La cellule de crise régionale a été mise en place par certains établissements. Elle est composée d'intervenants-clés au sein de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, lors d'une écloison, elle constitue un outil de fonctionnement indispensable.

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise à l'échelle régionale en soutien aux cellules locales. Sa composition peut être, par exemple : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, Médecin-chef adjoint de l'hébergement, Chef ou conseillère-cadre en Prévention et contrôle des infections (PCI), un microbiologiste attitré MVA, un expert biosécurité, chef de la PCI, directions des servies techniques au besoin (Hygiène et salubrité et maintenance immeuble), un chef en soins infirmiers.

Elle est surtout mise à contribution pour aider des écloisions dans les CHSLD mais dans le cas d'écloison en RPA, celle-ci peut aussi aider à la gestion de la crise.

L'équipe PCI (Prévention contrôle des infections)

Description :

L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'écloison.

(Voir Guide de gestion des écloisions – MSSS (inédit pour l'instant)). Sa mission est de s'assurer de mettre les mesures en place pour circonscrire l'écloison.

Composition :

Sa composition peut être, par exemple : un représentant de la direction régionale de la santé publique, un chef PCI, un microbiologiste attitré MVA, expert en biosécurité.

Tâches :

Elle est responsable d'appliquer les directives du Guide de gestion des écloisions.

Elle apporte une expertise dans les contextes plus complexes (écloisions complexes, qui ne se résorbent pas, etc.).

- Viens en appui à la cellule de crise;
- Va sur les lieux de l'écloison et analyse les lieux;
- Vérifie le matériel et l'équipement de protection;
- Recommande la mise en place des mesures de gestion d'écloison (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
- Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
- Fais la logistique de circulation du personnel;
- etc.

À noter la distinction claire entre l'équipe ÉMI et l'Équipe PCI est:

L'ÉMI est une équipe de médecins/IPS qui intervient au niveau médical en appui aux équipes médicales en place. L'Équipe PCI est une équipe qui fait un plan d'intervention dans le milieu pour circonscrire l'écloison. Cette dernière est composée d'acteurs autres que les services médicaux. Elle peut compter un médecin microbiologiste, mais aucun en pratique médicale.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :

L'ÉMI est une équipe médicale (médecins/IPSPL) pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle est en renfort aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI ainsi que les gardes médicales normalement interpellées.

Composition :

2-3 médecins/IPSPL en disponibilité¹ (pré alerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier² avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :

Prête à être déployée à 24/48 heures d'avis dans Milieu de vie pour aînés (MVA) en éclosion. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans une MVA en éclosion. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

L'équipe se place en pré alerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux sous recommandation du DSP ou du DRMG. Cette pré alerte survient dès l'annonce d'une éclosion jugée difficile à contrôler.

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité¹ afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge (ou niveau d'alerte 3 et 4 de l'établissement), une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base (services médicaux de base et l'équipe SAD) sur place suffisent à nouveau pour répondre aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurés.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail.

Le leadership est assuré par la cellule de crise en collaboration avec l'infirmière responsable des soins dans cette RI-RTF et l'ÉMI, si besoin.

Conditions d'application des ÉMI :

- Milieu de vie peut permettre des soins sur place (unité) avec personnel requis (interne et externe);
- Cette analyse de l'environnement physique et humain doit être faite au préalable du déploiement des ÉMI (ex. Cellule de crise régionale ou subrégionale).

Tâches :

- Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
- Prendre connaissance des lieux;
- Prendre connaissance des besoins en soutien des équipes impliquées;
- Réaliser toutes tâches médicales attendues.

¹ Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.

² La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectifs experts, le pairage ou le mentorat avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

L'algorithme Ressource intermédiaires (RI) et Ressources de type familial (RTF) a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans une RI/RTF en écloison. Cet algorithme est issu des meilleures pratiques et recommandations de la première vague COVID, elle s'adresse aux gestionnaires, équipes médicales et personnel des RPA toutes catégories confondues.

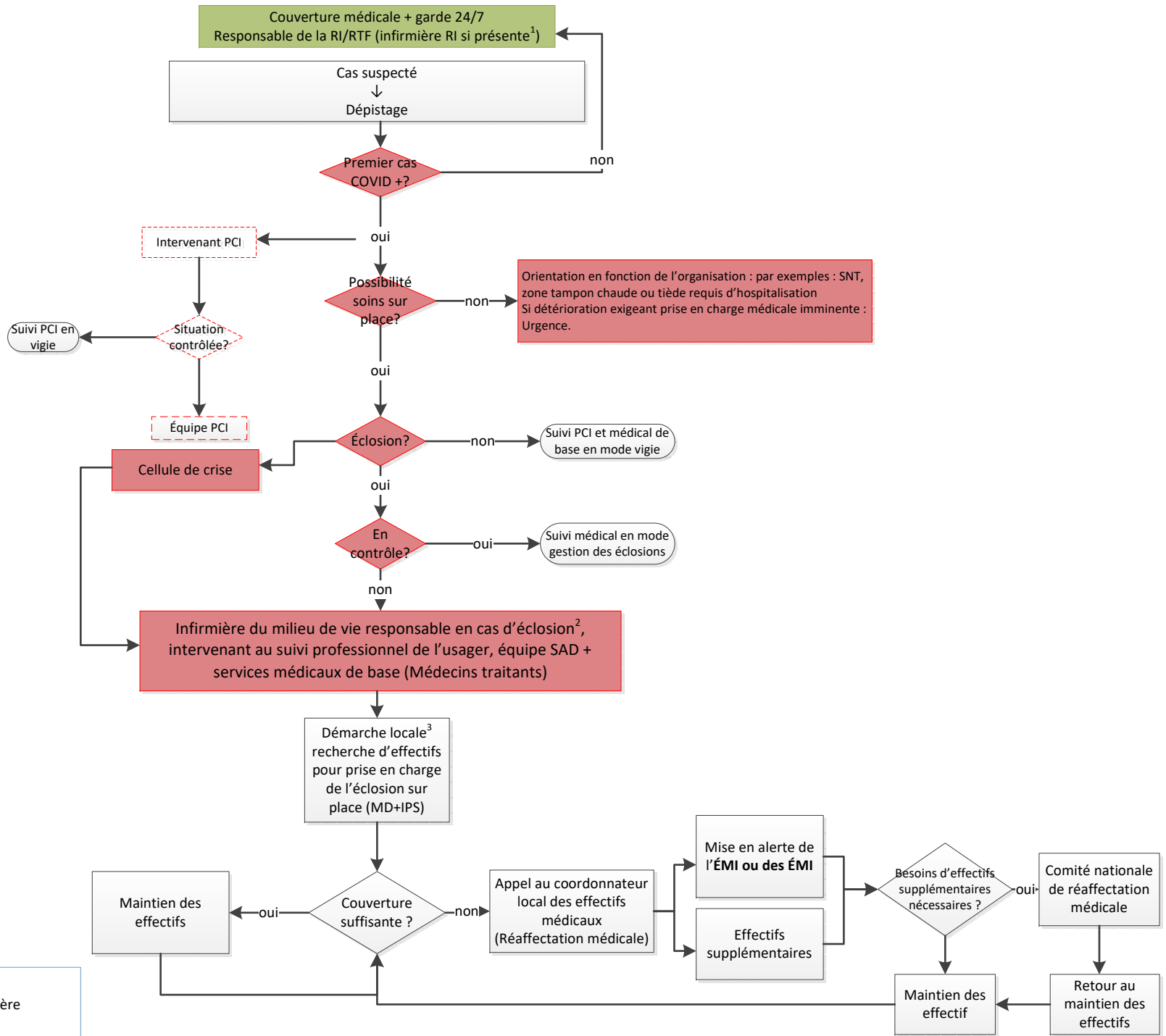
RI-RTF

Équipes médicales impliquées

Équipe de base

Équipe locale élargie
Plan de contingence local suggéré

Recours effectifs médicaux additionnels



¹ Infirmière en RI sur place (très rare)
² Possibilité du répondant pivot, idem qu'en RPA (infirmière ou autre intervenant)
³ Appliquer le plan de contingence local et régional

Note : lorsque recours au coordonnateur de réaffectation locale, celui-ci doit trouver une solution à l'interne ou avec les RLS limitrophes avant de faire appel à la réaffectation nationale

Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familiale (RTF)

Description :

Les RI et RTF sont des partenaires liés par une entente particulière avec les CISSS et CIUSSS. Les CISSS et CIUSSS confient les usagers à des responsables de RI ou de RTF. L'approche de ces ressources est de maintenir l'usager dans sa communauté et de favoriser son intégration et sa participation sociale. Les usagers sont donc encouragés à se rendre chez leur médecin en cas de problème de santé.

Le nombre de lits varie de 4 à plus de 100 places/ lits.

Clientèle très vulnérable, ayant des profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) de 6 à 12. Dans certaines RI, on peut retrouver plusieurs usagers ayant des profils 12 et exceptionnellement 13 et 14.

Les soins infirmiers sont habituellement assurés par le SAD. Lesquels demeurent sur place pendant la durée de son évaluation ou du soin à prodiguer, selon le plan de traitement en cours. Il peut arriver qu'une RI ait à son emploi du personnel infirmier. Cependant, celui-ci ne prodigue pas nécessairement de soins professionnels. Il peut avoir un rôle de gestionnaire ou coordonnateur. Il peut s'agir d'une infirmière auxiliaire. Une vérification est requise auprès de ce personnel pour vérifier quelles responsabilités et fonctions sont attendues de leur part (ex. activités réglementées comme l'administration de médicaments).

La seule formation obligatoire pour le personnel de ces ressources est le RCR et secourisme général. Les employés assurent des tâches similaires à celles d'un ASSS ou d'un PAB, ou d'un aide de services. Certains membres du personnel, peuvent avoir une formation pour les activités réglementées (administration des médicaments et soins invasifs).

Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en urgence : pas possible d'avoir des soins aigus, à moins d'avoir SIAD dans sa région (fait partie des services SAD). Défibrillateur possible, mais très rare (les responsables des ressources et leur personnel ne sont pas dans l'obligation d'avoir un cours de PAB ou PDSB, mais ils doivent avoir une formation RCR et carte de secourisme) pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.

Liaison avec la pharmacie communautaire – client régulier de sa pharmacie de quartier.

Description RTF

Idem que RI

Un maximum de 9 usagers peut être confié à une RTF dont le ou les responsables partagent leur lieu de résidence principale. Clientèle en RTF : usagers ayant un profil ISO-SMAF de 6 à 12. Certains milieux RTF peut accueillir des usagers dont le profil ISO-SMAF inférieur. Habituellement pas de personnel outre que l'exploitant

Bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci inclut également les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés (MVA).

Couverture médicale

Description :

Les effectifs médicaux pour les personnes âgées en RI-RTF est assurée d'abord par le médecin de famille auprès duquel elles sont inscrites. À noter qu'un bon nombre de personnes habitant en RI-RTF sont suffisamment autonomes et en mesure de se déplacer pour aller consulter son médecin de famille, parfois seul ou accompagnés par un proche ou la ressource.

Dans la situation où le médecin de famille pratique en GMF n'est pas disponible, il est possible qu'un médecin remplaçant du GMF soit rejoint.

En dehors des heures de bureau, la garde médicale 24/7 est assurée pour les personnes qui y sont inscrites. En cas de nécessité et bris de service, la garde 24/7 (garde SAD) est aussi disponible de jour pour celles-ci.

Dans certaines régions, une garde médicale RPA couvrant également les RI et RTF a été mise en place pour répondre aux demandes lors d'une détérioration clinique d'une personne.

Dans le cas de la clientèle orpheline, le responsable de la RI-RTF doit informer l'intervenant du SAD afin d'effectuer les démarches pour l'inscrire au Guichet d'accès à un médecin de famille.

L'infirmière du SAD en collaboration avec le responsable de la ressource pourrait, selon certains critères, décider d'inscrire une personne vulnérable ayant un médecin de famille à la garde 24/7.

Lors de cas COVID+, le responsable de la RI-RTF avise l'intervenant assigné au dossier de l'usager.

Garde médicale de première ligne (évolution de la garde RPA dans certaines régions) est aussi une mesure de disponibilité d'effectifs médicaux dans certaines régions. Celles-ci couvrent les RI-RTF.

La disponibilité des médecins de garde peut être accessible selon différentes modalités, en cabinet, en présence à domicile ou en téléconsultation.

Cellule de crise régionale

Description :

La cellule de crise régionale a été mise en place par certains établissements. Elle est composée d'intervenants-clés au sein de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, une écloison, elle constitue un outil de fonctionnement indispensable.

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise à l'échelle régionale en soutien aux cellules locales de CHSLD. Sa composition peut être la suivante : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, Médecin-chef adjoint de l'hébergement, un gestionnaire responsable de la Prévention et contrôle des infections (PCI), un microbiologiste attitré MVA, un expert biosécurité, chef ou conseillère-cadre de la PCI, directeurs des services techniques, au besoin (Hygiène et salubrité et maintenance immeuble), un chef soins infirmiers.

Elle est surtout mise à contribution pour les CHSLD, mais dans le cas d'écloison en RI-RTF, celle-ci peut aussi aider à la gestion de la crise.

L'équipe PCI (prévention contrôle des infections)

Description :

L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'écloison. Sa mission est de s'assurer de mettre les mesures en place pour circonscrire l'écloison.

Composition :

Sa composition peut être, par exemple : un représentant de la direction régionale de la santé publique, une infirmière spécialisée en PCI, un microbiologiste attitré MVA, expert en biosécurité.

Tâches :

Elle est responsable d'appliquer les directives du Guide de gestion des éclosions.

Elle apporte une expertise dans les contextes plus complexes (éclosions complexes qui ne se résorbent pas, etc.).

- Viens en appui à la cellule de crise;
- Va sur les lieux de l'écloison et analyse les lieux;
- Vérifie le matériel et l'équipement de protection;
- Recommande la mise en place des mesures de gestion d'écloison (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
- Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
- Fais la logistique de circulation du personnel;
- etc.

À noter la distinction claire entre l'équipe ÉMI et l'équipe PCI est:

L'ÉMI est une équipe de médecins/Infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) qui intervient au niveau médical en appui aux équipes médicales en place. L'équipe PCI est une équipe qui fait un plan d'intervention dans le milieu pour circonscrire l'écloison. Cette dernière est composée d'acteurs autres que les services médicaux. Elle peut compter un médecin microbiologiste, mais aucun en pratique médicale.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :

L'ÉMI est une équipe médicale (médecins et IPSPL) pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en écloison. Elle est en renfort aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI ainsi que les gardes médicales normalement interpellées.

Composition :

2-3 médecins/IPSPL en disponibilité¹ (pré alerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier² avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :

Prête à être déployée à 24/48 heures d'avis dans un MVA en écloison. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans une MVA en écloison. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

L'équipe se place en pré alerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux sous recommandation du DSP ou du DRMG. Cette pré alerte survient dès l'annonce d'une écloison jugée difficile à contrôler.

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité¹ afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge (ou niveau d'alerte 3 et 4 de l'établissement), une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base (services médicaux de base et l'équipe SAD) sur place suffisent à nouveau pour répondre aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurés.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail.

Leadership est assuré par la cellule de crise en collaboration avec l'infirmière responsable des soins dans cette RI-RTF et l'ÉMI, si besoin.

Conditions d'application des ÉMI :

- Le milieu de vie peut permettre des soins sur place (unité) avec personnel requis (interne et externe);
- Cette analyse de l'environnement physique et humain doit être faite au préalable du déploiement des ÉMI (ex. Cellule de crise régionale ou subrégionale).

Tâches :

- Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
- Prendre connaissance des lieux;
- Prendre connaissance des besoins en soutien des équipes impliquées;
- Réaliser toutes tâches médicales attendues.

¹ La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectifs experts, le pairage ou le mentorat avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

² Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.

OUTIL DE COMMUNICATION – SERVICES MÉDICAUX EN MILIEUX DE VIE POUR ÂÎNÉS

Directions et instances concernées par les communications dans le contexte des services médicaux en MVA
Réalisé par le comité des services médicaux en MVA – COVID-19

INTRODUCTION

Le présent document s'adresse aux médecins et aux gestionnaires concernés par les services médicaux en milieu de vie pour aînés (MVA). Cet outil vise à améliorer les processus de communication en réponse aux différents rapports d'enquêtes de la première vague COVID-19 et constats dans le cadre des travaux en cours. Il a pour but de faciliter les lignes de communication par l'identification des différentes directions et des différentes instances (tables et comités).

La communication est à la base d'une collaboration efficace entre les principaux acteurs du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). L'outil proposé se veut donc un moyen d'aide à la diffusion d'informations entre les principales directions concernées. Toujours dans l'esprit de collaborations saines, une bonne connaissance des responsabilités de chacune des directions et instances s'avère essentielle.

Le présent document est composé de trois parties distinctes. La première partie se veut un résumé exécutif à l'intention du médecin qui intervient dans les MVA dans un contexte de pandémie COVID-19. La seconde partie fait état des notions théoriques relatives à la communication en plus d'être accompagnée d'un schéma qui vient illustrer les principales directions et instances concernées. En dernière partie du document se trouvent les assises légales de la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS) auxquelles les directions et les instances doivent se conformer.

À noter que les différentes directions et instances nommées aux pages 2 et 4 à 7 du présent document sont celles qui sont les plus concernées dans le cadre des communications nécessaires pour la réalisation des mesures et directives issues des travaux des sous-comités des services médicaux en MVA. Ce qui n'exclut pas les directions qui sont aussi concernées par les aînés en milieu de vie. Par exemple, la direction des services multidisciplinaires, la direction de santé physique, etc. Celles-ci sont illustrées dans le schéma de la page 3. L'idée était de décrire l'essentiel pour ne pas alourdir le document, ce qui n'occulte pas l'importance de ces directions.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF – OUTIL POUR LE MÉDECIN QUI INTERVIENT DANS UN MVA

Cette section permet au médecin d'identifier rapidement les directions ou instances clés qui ont un rôle à jouer dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et lors d'éclosion dans un ou des MVA. Elle permet de savoir qui interpellé pour avoir de l'information ou obtenir du soutien, notamment pour l'organisation des services médicaux dans un MVA en éclosion.

Les responsabilités des divers intervenants et des instances décrites par la LSSSS transcendent toutes les situations d'organisation des soins et des services, et ce, qu'il s'agisse d'agir dans un contexte régulier ou lors d'une situation exceptionnelle comme une pandémie (pour les articles de la LSSSS complets, voir les pages 4 et 5 – assises légales). **Ainsi, en contexte COVID-19, nous mettons en exergue certaines fonctions pour lesquelles une attention particulière doit être apportée par les divers intervenants¹.**

Directeur des services professionnels (DSP) – Acteur de premier plan qui exerce un leadership mobilisateur au sein de l'établissement :

- Assure la circulation de l'information pertinente, des directives internes et ministérielles à l'ensemble des acteurs médicaux, dentaires et pharmaceutiques de son territoire en collaboration avec les instances concernées;
- Assure le respect de l'application des décrets par les effectifs médicaux qui interviennent en MVA;
- Rehausse la vigie en ce qui concerne la sécurité et la qualité des soins et services médicaux, notamment la rédaction du formulaire SP3 lors de décès;
- Assure les liens étroits avec la haute direction, les cellules de crise régionales et locales et les instances tels le DRMG, CMDP, TRCDMS et CRSP.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) :

- Collabore à la répartition des effectifs pour répondre aux urgences et assurer une réponse rapide aux usagers;
- Assure une vigie de la situation avec les départements d'urgence hospitalière, notamment pour les services préhospitaliers;
- Collabore étroitement à la gestion optimale des lits hospitaliers et autres sites alternatifs identifiés où sont dispensés les soins médicaux;
- Collabore à la priorisation des activités médicales avec le DSP et les autres instances concernées.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) :

- Contrôle et apprécie la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques;
- Donne son avis dans une perspective de qualité et sécurité de soins en lien avec la distribution appropriée et l'organisation des services médicaux, tout en considérant la complémentarité avec les autres instances, les ressources disponibles et les priorités établies (plan de priorisation, zonage, délestage, etc.).

Département régional de médecine générale (DRMG) – Acteur de premier plan pour assurer le lien avec les médecins de première ligne :

- Assure la circulation de l'information pertinente auprès des médecins de médecine générale² (directives, recommandations, décrets, etc.);
- Propose le plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Participe à la réaffectation des effectifs pour assurer la prise en charge médicale et l'accès à des services médicaux en MVA;
- Collabore à l'exercice de la priorisation des activités en prenant en considération l'état des ressources humaines et matérielles;
- Un de ses représentants participe à la cellule de crise régionale et lors des réunions dans le contexte d'éclosion, si pertinent.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) :

- Assure l'organisation des services pharmaceutiques pour faciliter l'accès;
- Élabore des recommandations qui mettent de l'avant les meilleures pratiques pharmaceutiques et soutient la mise en place;
- Assure une utilisation adéquate des médicaments et de l'accessibilité en MVA.

Direction des soins infirmiers (DSI) :

- Assure la qualité et la sécurité face aux soins et services infirmiers;
- Favorise l'implication des IPS dans les MVA en conformité avec les champs de pratiques reconnus;
- Fait des recommandations sur les effectifs infirmiers minimaux requis;
- Assure la qualité et la sécurité des activités confiées à des non professionnels en vertu des articles 39.7 et 39.8 du Code des professions;
- Avec le soutien d'infirmières dûment formées en prévention et contrôle des infections (PCI), par les responsabilités indiquées en vertu de la LSSSS, dont celles du Conseil des infirmiers et des infirmières (CII) et du DSI, ainsi que de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, le personnel infirmier se doit d'assurer le respect des meilleures pratiques et des directives en matière de PCI, en les appliquant et en contribuant à leur mise en place.

Direction des services aux personnes âgées (DSAPA)³ – Il est à noter que cette dernière n'est pas régie par la LSSSS, mais par la haute direction des centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS) :

- Assure l'organisation des soins et services en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et au soutien à domicile (SAD), en collaboration avec les directions et autres intervenants partenaires;
- Offre des services professionnels en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF);
- Assure une vigie quant à la qualité des soins et des services offerts en ressources RI-RTF et assure le respect des ententes conclues entre les parties prenantes;
- Assure les soins et services à domicile, notamment en résidence privée pour aînés (RPA) aux personnes âgées qui le requièrent;
- Assure une vigie quant à la sécurité, à la qualité des soins et aux services offerts en RPA conformément aux exigences inhérentes à la certification des résidences pour personnes âgées;
- Assure un leadership et une mobilisation des différents intervenants impliqués dans les continuums de soins et services offerts aux personnes âgées, notamment au sein de la cellule de crise.

Direction de santé publique (DSPu) :

- Les responsabilités du directeur de santé publique sont, notamment, d'assurer, de maintenir et d'améliorer la santé de la population des Québécois. Ces mandats possèdent également certaines spécificités en fonction des régions. De plus, en cas de pandémie, d'épidémie ou de problème grave de santé publique, ce sont les directeurs de santé publique des régions et la direction générale de la santé publique (DGSP) nationale qui recommanderont aux intervenants de la santé et aux différentes institutions les mesures à prendre.

¹ Les éléments de la LSSSS mis en exergue ne font pas l'objet d'une description exhaustive, mais indique les principales fonctions et instances concernées dans un contexte de COVID-19 et de milieu de vie en éclosion.

² La terminologie de la LSSSS utilisée est le médecin de médecine générale, il existe d'autres termes tels que les omnipraticiens. Cependant depuis plus de trente ans un certificat spécialisé en pratique de médecine familiale est exigé.

³ Dans le cadre des travaux des services médicaux en MVA, d'autres directions cliniques que SAPA peuvent être concernées. Ce résumé s'est attardé aux directions principalement impliquées auprès des aînés dans un contexte d'éclosion en MVA. Cependant, voir le schéma des communication page 3 pour l'ensemble des directions qui peuvent être interpellées ou indirectement impliquées.

CONCEPTS DE COMMUNICATION EN CONTEXTE COVID-19 – QUELQUES NOTIONS THÉORIQUES

Cette section s'adresse davantage aux gestionnaires des principales directions impliquées aux services médicaux en MVA. Lorsqu'une éclosion survient dans un MVA, les communications constituent un élément clé pour la réussite des interventions afin que ces dernières s'avèrent efficaces et efficaces. Dans le contexte d'éclosion, les communications représentent un défi en raison de la fréquence des échanges (courriels, rencontres, appels, etc.), du volume d'informations à transmettre et du nombre important d'interlocuteurs. Ces interlocuteurs sont de différentes directions et sur tous les quarts de travail. Les modes de communications utilisés peuvent être variés : texto, courriels, forum TEAMS, etc. La redondance des messages ou l'oubli d'informer certains acteurs sont donc des situations qui peuvent survenir.

Les membres des sous-comités pour les services médicaux en MVA ont identifié certains facteurs indispensables pour une communication optimale et ils sont d'avis que la concertation des différentes parties prenantes est cruciale. La communication doit être efficace à la fois sur les axes verticaux et horizontaux. On entend par « axe vertical » la communication qui relie le PDG, les gestionnaires régionaux et locaux et les installations. La communication sur « l'axe horizontal » consiste quant à elle à l'échange de communication sur un même palier de gouvernance (ex. : régional, local dans un MVA). Cette communication doit circuler de façon bidirectionnelle. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place ces éléments, idéalement, avant l'éclosion :

1. Identification des leaders responsables des communications et des porteurs de messages (quelques-uns sur le plan régional et assurément, au moins, un à l'échelle du CHSLD) qui doivent assurer une circulation de la communication en continu auprès des acteurs concernés et impliqués (ex. : médecins en CHSLD).
2. Identification des directions concernées qui doivent être informées et se concerter sur le plan régional en fonction de la situation sur le territoire et lors d'éclosions en MVA.
3. Identification des gestionnaires et intervenants à informer de la situation d'éclosion et des directives (régionale et locale), utilisation d'une liste de diffusion courriel et/ou d'outils informatisés de type Microsoft Teams, création de mécanismes d'envois ciblés par groupe d'interlocuteurs, etc.
4. Cogestion, telle que proposée par le comité des services médicaux en MVA, est un des moyens pour assurer à la fois la communication entre le gestionnaire de type administratif et le médecin qui prodigue ou coordonne les soins médicaux. Cette cogestion est locale et peut avoir son équivalent sur le plan régional ou territorial. Ceci permet une communication verticale et transversale, notamment lors d'éclosions dans plusieurs MVA à la fois. Elle implique une prise de décision partagée et des communications qui soient régulières, actuelles et en adéquation avec le besoin d'information des gestionnaires et des intervenants.
5. Mécanismes de coordination interdirection horizontale sur le plan régional (établissements et partenaires) : Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA), Direction des services professionnels (DSP), Direction des soins infirmiers (DSI), notamment la répondante infirmière praticienne spécialisée (IPS), Directions des services multidisciplinaires (DSM), Direction de la coordination médicale (DCM), Direction de la santé publique (DSPu), Direction de la logistique (DL) (équipements de protection), Direction des services techniques (DST) (hygiène et salubrité, services alimentaires, etc.), Direction des ressources humaines (DRH), etc. Cette coordination est aussi assurée par les différentes instances clés : Direction régionale de médecine générale (DRMG), Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP), Table régionale DSI, Table régionale DSP-DRMG.
6. Rôles et responsabilités des interlocuteurs et des instances sont bien compris et appliqués, comme convenu, dans la LSSS (voir la section précédente du présent document).
7. Information à détenir :
 - a. Directives officielles à jour (MSSS, santé publique, intra-établissement);
 - b. Données locales à jour (ex. : registre des cas, répartition et suivi des éclosions);
 - c. Mécanismes de consultation des acteurs terrain sur une base régulière afin d'adapter et d'ajuster les actions selon leurs impacts concrets et l'évolution de la situation.
8. Moyens de communication efficaces, déterminés par les acteurs de l'établissement, selon leurs rôles et responsabilités préalablement définis (ex. : alerte, gestion des courriels par niveau d'importance, gestion des interlocuteurs prioritaires, etc.).

En contexte de pandémie de COVID-19, des recommandations ont déjà été identifiées pour mieux gérer la situation d'une ou de plusieurs MVA en éclosion afin d'être en mesure d'assurer la fluidité des communications et la coordination des actions. Les éléments suivants se doivent d'être mis en action, avec une fréquence régulière et une réévaluation en continu :

- Cogestion médico-clinico-administrative (en CHSLD);
- Cellule de crise composée des diverses directions et parties prenantes concernées aux plans régional et local;
- Mécanismes de communication pour les principales directions concernées par les services médicaux en MVA : DSP, DRMG et DSAPA, puis aussi le CMDP, la DSI et DSPu.
- Clarification des rôles, responsabilités et imputabilité des acteurs, ainsi que la trajectoire des communications.

Appui théorique

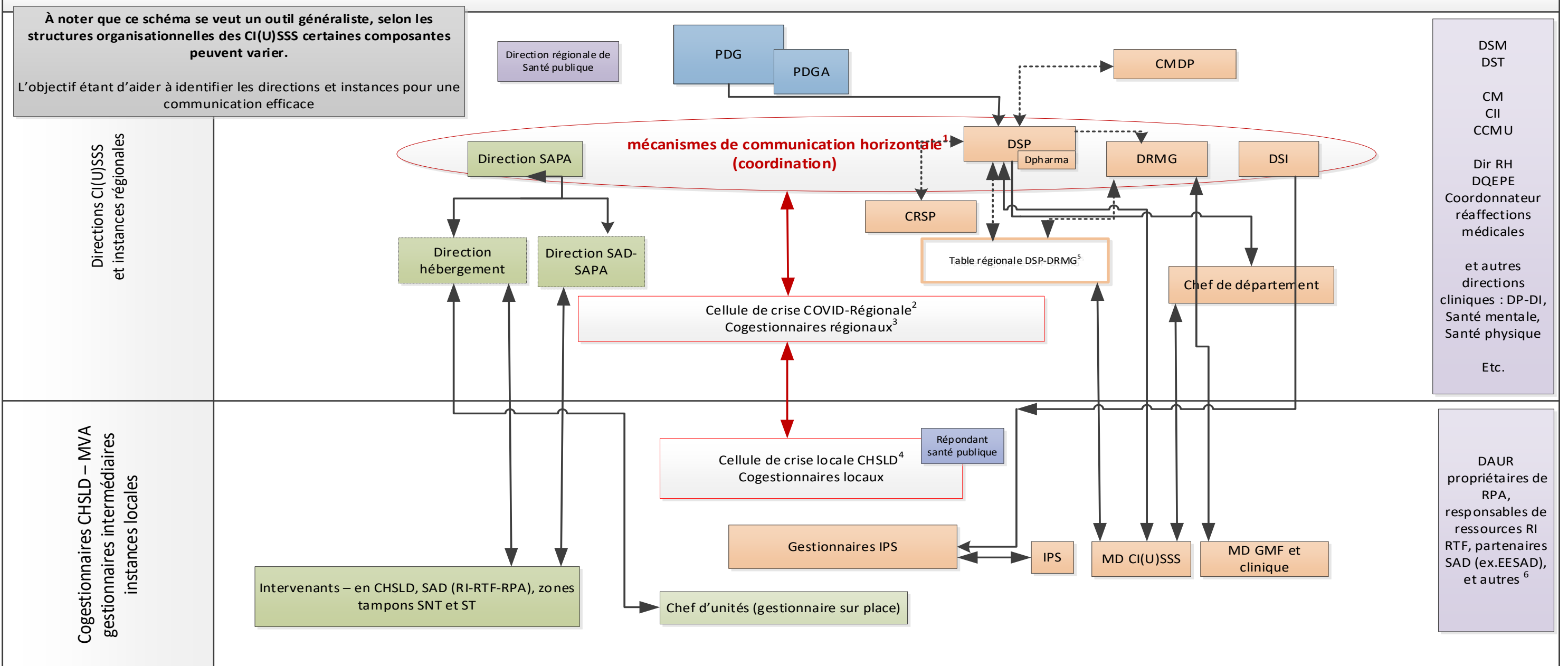
Une communication efficace s'appuie sur le concept de continuité, lequel est composé de 3 plans logiques : la continuité informationnelle, la continuité d'approche et la continuité relationnelle (Couturier, Bonin, Belzile. p. 41).

- Continuité informationnelle se caractérise par la circulation efficace de la bonne information à la bonne personne, au moment adéquat en priorisant la transparence et en minimisant les délais;
- Continuité d'approche se définit par la cohérence des diverses interventions au regard des orientations générales convenues avec l'interlocuteur;
- Continuité relationnelle se caractérise par le lien significatif entre le messenger et l'interlocuteur, sa durée, la période, l'espace (endroit), en fonction des besoins de l'interlocuteur et des personnes qu'il représente (Reid, et al., 2002)⁴.

Dans le contexte d'une pandémie de COVID-19, l'accent doit être mis sur la continuité informationnelle sans négliger pour autant les deux autres types de continuité qui sont indispensables.

⁴ Ces notions sont habituellement appliquées en relation individuelle avec l'utilisateur, mais l'objet peut être un système client comme un système organisationnel.

Communication – directions et instances concernées par les services médicaux en MVA.



Notes

¹ Les mécanismes de communication horizontale (coordination) appartiennent au CI(U)SSS dans les modalités et leurs applications – il peut s'agir de « scrums » journaliers unissant DSAPA, DSP, DRMG et DSI, des tables ou comités régionaux unissant ces directions, etc. Les mécanismes de communication horizontale sont aussi valables au local, mais non illustrés en raison de la lourdeur visuelle.

^{2,3} Lien de référence pour la définition des éléments ci-dessous, voir ce lien : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002896/>

- cellule de crise : voir verso des documents – Algorithme
- cogestion : voir fiche de cogestion et verso des algorithmes

⁴ Les cellules de crise locale sont propres aux CHSLD, mais la cellule de crise régionale, selon les territoires, peuvent couvrir plusieurs ou tous les milieux de vie en éclosion. Sa position dans le schéma n'est pas hiérarchique, mais elle est positionnée pour démontrer l'importance de sa communication et coordination avec la cellule régionale.

⁵ Cette table est fortement recommandée pour une communication fluide DSP-DRMG

⁶ Cette liste de partenaires, sur les 2 niveaux, n'est pas exhaustive et peut varier selon les différents territoires

ASSISES LÉGALES : DIRECTIONS ET INSTANCES CLÉS DANS LA DIFFUSION DES DIRECTIVES PROVENANT DU SOUS-COMITÉ SERVICES MÉDICAUX EN MILIEUX DE VIE POUR AÎNÉS⁵

Cette section du document reprend les articles de la LSSSS décrivant les différentes directions et instances principales concernées par les communications dans le cadre des services médicaux en MVA. L'ordonnancement de la présentation des éléments ci-dessous a été établi dans un premier temps en deux groupes, soit les Directions et les instances. En second lieu, dans chacun de ces groupes, l'ordre suit le schéma précédent soit de haut en bas. La notion de hiérarchie n'est pas considérée vu la visée du présent document, soit les communications.

LE DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE EST RESPONSABLE DANS SA RÉGION

373. 1° d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin; 2° d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection; 3° d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable; 4° d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action. Le directeur de santé publique est également responsable de confier tout mandat au chef de département clinique de santé publique. Le directeur assume, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2). 1991, c. 42, a. 373; 1998, c. 39, a. 110; 2001, c. 24, a. 60; 2001, c. 60, a. 167; 2002, c. 38, a. 11; 2005, c. 32, a. 227; 2017, c. 21, a. 45.

DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP)

Référence – LSSSS Art 129 6.a) une personne désignée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, le cas échéant; § 4. — *Le directeur des services professionnels*

202. Un directeur des services professionnels doit être nommé par tout établissement qui exploite un centre hospitalier ou par toute instance locale. Dans ce cas, le directeur doit être un médecin et être nommé après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que, dans le cas d'un établissement qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, après consultation de l'université à laquelle l'établissement est affilié. Un directeur des services professionnels peut être nommé par tout autre établissement.

203. Sous réserve de ce que prévoit le plan d'organisation de l'établissement et sous l'autorité du directeur général*, le directeur des services professionnels coordonne l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement avec les autres directeurs concernés. 1991, c. 42, a. 203.

204. Sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels visé au premier alinéa de l'article 202 doit, en outre des fonctions prévues à l'article 203: 1° diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique prévues à l'article 189; 2° obtenir des avis des chefs de département clinique sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins et des dentistes des divers départements cliniques; 3° appliquer les sanctions administratives prévues au deuxième alinéa de l'article 189 et en informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et les chefs de département clinique concernés; 4° surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et s'assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par l'établissement; 5° prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu'un examen, une autopsie ou une expertise exigé en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (chapitre R-0.2) soit effectué; 5.1° remplir les obligations prévues au Code civil et à la Loi sur le curateur public (chapitre C-81), en matière de régimes de protection des personnes inaptes et de mandat de protection; 6° assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement. 1991, c. 42, a. 204; 1998, c. 39, a. 72; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

DIRECTEUR DES SOINS INFIRMIERS (DSI)

§ 5. — Le directeur des soins infirmiers

206. Un directeur des soins infirmiers doit être nommé par tout établissement qui exploite un centre hospitalier et par toute instance locale. Un directeur des soins infirmiers peut être nommé par tout autre établissement. Le directeur des soins infirmiers doit être une infirmière ou un infirmier. À défaut toutefois d'un tel directeur, le directeur général désigne une infirmière ou un infirmier responsable des soins infirmiers. 1991, c. 42, a. 206; 2005, c. 32, a. 99. 207. Sous l'autorité du directeur général, le directeur des soins infirmiers doit, pour chaque centre exploité par l'établissement: 1° surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés dans le centre; 1.1° le cas échéant, collaborer à la surveillance des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8); 2° s'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement; 2.1° le cas échéant, collaborer à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers; 2.2° le cas échéant, tenir et mettre à jour un registre des infirmières et des infirmiers habilités à exercer l'une ou plusieurs des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers; 3° veiller au bon fonctionnement des comités du conseil des infirmières et infirmiers et s'assurer que ce conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés dans le centre. À défaut d'un tel directeur, ces fonctions sont assumées par l'infirmière ou l'infirmier responsable des soins infirmiers. 1991, c. 42, a. 207; 2002, c. 33, a. 26.

207.1. Le directeur des soins infirmiers peut, pour un motif disciplinaire ou d'incompétence, notamment sur avis du chef de département clinique ou du directeur des services professionnels, limiter ou suspendre l'exercice dans le centre par une infirmière ou un infirmier de l'une ou plusieurs des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8). En cas d'urgence, lorsque le directeur des soins infirmiers est dans l'impossibilité ou fait défaut d'agir, le chef de département clinique ou, le cas échéant, le directeur des services professionnels peut prendre une mesure visée au premier alinéa pour une période qui ne doit pas excéder cinq jours. Il en avise le directeur des soins infirmiers dans les plus brefs délais. En cas de refus du directeur des soins infirmiers de prendre une mesure visée au premier alinéa, celle-ci peut être prise par le directeur général de l'établissement, après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du conseil des infirmières et infirmiers. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec doit être informé de toute mesure prise en vertu du présent article. 2002, c. 33, a. 27. 208. Sous réserve de ce que prévoit le règlement pris en vertu du paragraphe 13° du premier alinéa de l'article 505 et sous l'autorité du directeur général, le directeur des soins infirmiers doit, pour chaque centre exploité par l'établissement: 1° s'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers dans le centre; 2° planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins du centre; 3° gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne; 4° assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation.

DIRECTION DES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES (DSAPA)

Il est à noter que cette dernière n'est pas régie par la LSSSS, mais par la haute direction des CI(U)SSS - Assurer l'organisation des soins et services en CHSLD et en soutien à domicile en collaboration avec les directions et autres intervenants partenaires - Offrir les services professionnels en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)- Assurer une vigie quant à la qualité des soins et des services offerts en ressources intermédiaires et de type familial et s'assurer du respect des ententes conclues- Assurer les soins et services à domicile, notamment en résidence privée pour aînés (RPA) aux personnes âgées qui le requièrent- Assurer une vigie quant à la sécurité et à la qualité des soins et des services offerts en RPA conformément aux exigences inhérentes à la certification des résidences pour personnes âgées - Assurer un leadership et une mobilisation des différents intervenants impliqués dans les continuums de soins et services aux personnes âgées, notamment au sein de la cellule de crise. Les services médicaux et pharmaceutiques demeurent sous l'autorité de la DSP.

LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE CHAPITRE I

OBJET DE LA LOI 1. La présente loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. 2001, c. 60, a. 1.2. Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée. Dans la présente loi, on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5). 2001, c. 60, a. 2; 2002, c. 38, a. 13.

DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

417.1. Est institué, au sein de chaque agence, un département régional de médecine générale. Ce département est composé de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnel. 1998, c. 39, a. 136; 1999, c. 89, a. 53; 2005, c. 32, a. 227.

⁵ **Note** : Depuis la PL10, dans tout texte, une référence au directeur général d'un établissement public est une référence au président-directeur général d'un établissement régional ou suprarégional, compte tenu des adaptations nécessaires. Selon les mêmes réserves, dans les dispositions de tout texte, une référence à une agence de la santé et des services sociaux est une référence à un établissement régional, sauf lorsque la disposition porte sur des fonctions, des pouvoirs ou des responsabilités qu'une agence exerce à l'égard des établissements, auquel cas il s'agit d'une référence au ministre.

417.2. Dans le cadre des pouvoirs confiés à l'agence et dans le respect des responsabilités des établissements du territoire de celle-ci, le département régional de médecine générale exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes:1° faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens qui doit être élaborée conformément à l'article 377 et, une fois que le ministre a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan;2° définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux lequel doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services dispensés à partir d'un cabinet privé, d'un centre local de services communautaires ou d'une clinique externe d'un centre hospitalier exploité par un établissement, la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan; 3° définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, notamment par la conclusion d'ententes de services, de jumelage ou de parrainage interétablissements, la garde en disponibilité pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée et pour le programme de maintien à domicile et assurer la mise en place et la coordination de la décision de l'agence relative à ce réseau, le tout devant s'inscrire à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;4° faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision de l'agence relative à cette matière;5° faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières visées à l'article 361 et assurer la mise en place de la décision de l'agence relative à cette liste;6° évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens;7° donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux;7.1° donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;7.2° donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé;8° réaliser toute autre fonction que lui confie le président-directeur général de l'agence relativement aux services médicaux généraux. Lorsque le département régional de médecine générale néglige d'exercer les responsabilités prévues aux paragraphes 2° et 3° du premier alinéa, le conseil d'administration de l'agence peut demander au président-directeur général de les exercer.1998, c. 39, a. 136; 2001, c. 24, a. 80; 2002, c. 66, a. 15; 2005, c. 32, a. 167.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

213. Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens. Ce conseil est composé de tous les médecins, les dentistes et les pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par l'établissement. Le conseil d'administration formé en application de l'article 125 ou 128 doit toutefois prévoir, après consultation des médecins, dentistes et pharmaciens concernés et, le cas échéant, du comité exécutif des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, qu'un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour l'ensemble des établissements qu'il administre. Ce conseil est composé de l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par chacun des établissements.1991, c. 42, a. 213; 1996, c. 36, a. 25; 2001, c. 24, a. 39; 2005, c. 32, a. 106; 2017, c. 21, a. 32.

214. Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le conseil d'administration:1° de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre;2° d'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre;3° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder;4° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ainsi que sur le statut à lui attribuer;5° de donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien;6° de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique;7° de faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres du centre notamment celles ayant pour objet: *a)* la participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités cliniques du centre, y compris la garde; *b)* la participation d'un médecin ou d'un dentiste à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant; *c)* la participation d'un médecin ou d'un dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs; *d)* la participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités médicales prévues à une entente visée aux articles 108 et 109;8° d'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre;9° de donner son avis sur les aspects professionnels des questions suivantes: *a)* l'organisation technique et scientifique du centre; *b)* les règles d'utilisation des ressources visées au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 189 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues;10° de faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre;11° d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration. Dans l'exercice des fonctions décrites aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa ainsi que dans celles qu'un comité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens exerce à la suite de l'acheminement d'une plainte dans le cas prévu à l'article 249, celui-ci peut, avec l'autorisation du conseil d'administration, avoir recours à un expert externe à l'établissement. Cet expert, au même titre que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, a accès au dossier d'un usager lorsque les renseignements qu'il contient sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent.1991, c. 42, a. 214; 2001, c. 43, a. 48; 2005, c. 32, a. 107; 2017, c. 21, a. 33.

215. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens donne son avis au directeur général sur les aspects administratifs des questions suivantes:1° les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans le centre le soient en complémentarité avec ceux dispensés dans un centre exploité par un autre établissement de la région et répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats;2° les règles d'utilisation des ressources visées au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 189 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues;3° l'organisation technique et scientifique du centre;4° la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que l'organisation médicale du centre;5° toute autre question que le directeur général porte à son attention.1991, c. 42, a. 215.

TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE ET DRMG

359. Dans le but de répartir les cas d'urgence et d'assurer aux usagers une réponse rapide et adéquate à leurs besoins, l'agence, après consultation de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée et du département régional de médecine générale:

TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE.

417.10. Est instituée, au sein de chaque agence, une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée. Cette table est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de département au sein d'un établissement situé sur le territoire de l'agence. Exceptionnellement, elle peut aussi comprendre des médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de service lorsque le ministre estime que le nombre de chefs de département sur le territoire d'une agence est insuffisant pour assurer le bon fonctionnement de la table.2005, c. 32, a. 168.

417.11. Dans le cadre des pouvoirs confiés à l'agence et dans le respect des responsabilités des établissements du territoire de celle-ci, la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes:1° faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux en spécialité qui doit être élaborée conformément à l'article 377 et, une fois que le ministre a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan;2° définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés, divisé par spécialité, lequel doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services dont la dispensation est susceptible de répondre le mieux aux besoins de la population, notamment les services dispensés en centre médical spécialisé et en cabinet privé, et assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan;3° définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés pouvant inclure, notamment, la prise en charge de la clientèle au niveau régional, la garde régionale, s'il y a lieu, et la conclusion d'ententes de services, de jumelage ou de parrainage interétablissement dans certaines spécialités et assurer la mise en place et la coordination de la décision de l'agence relative à ce réseau;4° évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins spécialistes;5° donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés et sur le renouvellement, le déploiement et le développement des équipements médicaux spécialisés et de la télémédecine en conformité avec le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés;6° donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;7° donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé;8° réaliser toute autre fonction que lui confie le président-directeur général de l'agence relativement aux services médicaux spécialisés. Lorsque la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée néglige d'exercer les responsabilités prévues aux paragraphes 2° et 3° du premier alinéa, le conseil d'administration de l'agence peut demander au président-directeur général de les exercer.2005, c. 32, a. 168; 2006, c. 43, a. 16.

417.12. Les responsabilités de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée sont exercées par un comité de direction formé des membres suivants:1° trois membres élus par et parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département, ces membres devant provenir de trois des domaines cliniques mentionnés à l'article 417.13;2° cinq à sept membres nommés par les membres visés au paragraphe 1°, parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de chacun des autres domaines cliniques mentionnés à l'article 417.13;3° le président-directeur général de l'agence ou le médecin spécialiste qu'il désigne à cette fin. De plus, doit s'ajouter à ce comité de direction, lorsqu'il y a sur le territoire d'une agence une faculté de médecine, un membre nommé par le doyen de la faculté de médecine ainsi qu'un résident en médecine à titre d'observateur.2005, c. 32, a. 168.

417.13. Les domaines cliniques qui doivent être représentés au comité de direction et parmi lesquels doivent être élus ou nommés les membres qui forment ce comité sont : la médecine, l'anesthésiologie, la pédiatrie, la chirurgie, la psychiatrie, la gynécologie-obstétrique, la médecine de laboratoire regroupant les disciplines de l'anatomopathologie, de la biochimie, de la génétique, de l'hémo-oncologie et de la microbiologie-infectiologie, ainsi que l'imagerie médicale regroupant les disciplines de la médecine nucléaire et de la radiologie diagnostique. En l'absence, sur le territoire d'une agence, de l'un des domaines cliniques mentionnés au premier alinéa, un autre représentant du domaine clinique de la médecine ou de la chirurgie peut alors être nommé membre du comité de direction par les membres du comité visés au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 417.12.2005, c. 32, a. 168.

417.14. La table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est dirigée par un président nommé par le comité de direction, choisi parmi les membres de ce comité visés au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 417.12 et dont la nomination est approuvée par le conseil d'administration de l'agence.2005, c. 32, a. 168.

417.15. Les modalités d'élection et de nomination des membres du comité de direction et la durée de leur mandat sont déterminées par un règlement édicté par les chefs de département réunis en assemblée générale convoquée à cette fin. Ce règlement doit prévoir que la composition du comité de direction assure une représentation équitable des établissements qui exploitent un centre hospitalier et qui ont leur siège sur le territoire de l'agence et que le membre qui perd son statut de chef de département peut néanmoins compléter la durée non écoulée de son mandat au comité de direction. Ce règlement entre en vigueur après avoir été approuvé par le conseil d'administration de l'agence.2005, c. 32, a. 168.

417.16. Le comité de direction de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leurs modalités de fonctionnement ainsi que la poursuite des fins de la table. Ces règlements peuvent également prévoir les modalités suivant lesquelles l'exercice de tout ou partie des responsabilités attribuées au comité de direction peut être confié au président de la table régionale des chefs 1991, c. 42, a. 359; 1992, c. 21, a. 37; 1998, c. 39, a. 105; 2005, c. 32, a. 146; 2017, c. 21, a. 42.

COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES (CRSP)

417.7. Est institué, au sein de chaque agence, un comité régional sur les services pharmaceutiques. Ce comité est composé de représentants de chacun des groupes suivants: les pharmaciens propriétaires, les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires, les chefs de département clinique de pharmacie et les pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par un établissement. Font également partie de ce comité le président-directeur général de l'agence ainsi qu'un représentant de l'école ou de la faculté de pharmacie d'une université qui se trouve sur le territoire de l'agence. 2005, c. 32, a. 168.

417.8. Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes: 1° faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'oeuvre; 2° donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments; 3° donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques; 4° exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Émission : 09-03-2021

Mise à jour : 12-07-2021

Directive ministérielle DGSP-019.REV1

Catégorie(s) : ✓ Vaccination

Directive sur la mise en place d'audits d'évaluation de la qualité de la gestion des vaccins COVID-19

Révision de la directive émise le 9 mars 2021

Expéditeur : Direction générale de la santé publique (DGSP)



Destinataires : Tous les établissements publics du RSSS :

- PDG et DG des établissements
- Directeurs de santé publique
- Directeurs de la vaccination COVID-19

Directive

Objet :	Depuis décembre dernier, les établissements ont débuté la vaccination contre la COVID-19 dans différents sites de vaccination au Québec. Ces derniers sont confrontés, pour les vaccins disponibles actuellement, à une gestion complexe liée à la manipulation de vaccins congelés et l'accessibilité limitée. La qualité de la manutention des vaccins et de la chaîne de froid permet de s'assurer que le vaccin administré sera efficace. Par conséquent, une gestion méticuleuse permettrait d'éviter des pertes de produits, donc protéger plus largement la population.
Principe :	S'assurer de la qualité et d'une gestion adéquate des vaccins durant tout le processus entre la réception et l'administration du vaccin.
Mesures à implanter :	Convenir d'un mode de fonctionnement pour réaliser des audits d'évaluation de la qualité de la gestion des vaccins dans les sites de vaccination, et ce, dès maintenant.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes :

Direction ou service ressource :	Direction générale de santé publique Protection@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Annexe 1 La Circulaire 2015-020 sur la Politique de gestion des vaccins du Programme québécois d'immunisation (PQI) ✓ Annexe 2 Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins ✓ Annexe 3 Offre de service de base (OSB) - Assurance qualité en gestion de vaccin

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,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGSP-019.REV1

Directive

Considérant l'importance d'assurer la qualité des vaccins COVID-19 à administrer à la population et l'ampleur de l'opération de la campagne de vaccination contre la COVID-19, nous réitérons les rôles et responsabilités qui incombent aux centres intégrés et aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) ainsi qu'aux directions régionales de santé publique, tel qu'indiqué dans les annexes 1, 2 et 3 :

- ✓ La Direction générale de la santé publique nomme un responsable provincial pour assurer la coordination et l'application des normes de la qualité des vaccins jusqu'à leur mise en inventaire au niveau régional.
- ✓ La Direction régionale de santé publique (DSPublique) doit soutenir l'accès à des services de vaccination de qualité et est responsable dans sa région, de la gestion et de la distribution des vaccins du Programme québécois d'immunisation.
- ✓ Les CISSS et les CIUSSS doivent identifier un répondant local de la gestion des vaccins. Il est important de rappeler que tout bris de la chaîne de froid ou autre incident survenu lors de l'entreposage ou la manutention des vaccins selon le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) doivent être signalés à la DSPublique. Les vaccins sont conservés selon les normes reconnues jusqu'à l'évaluation et la recommandation de la DSPublique.

Considérant le contexte complexe de la gestion des vaccins et de l'impact en cas de pertes de vaccins sur la santé de la population et l'approvisionnement en plus grande quantité de vaccins contre la COVID et l'opérationnalisation des sites de vaccination de masse, il est demandé à chaque établissement de :

- ✓ se concerter, entre le directeur de la vaccination et la DSPublique, afin de mettre en place le processus d'audits;
- ✓ procéder à des audits d'évaluation de la qualité de la gestion des vaccins dans les sites de vaccination choisis pour la vaccination COVID-19;
- ✓ compléter un rapport à la suite de chaque audit. Ce rapport devra être transmis à l'adresse covid-directives@msss.gouv.qc.ca;
- ✓ transmettre une confirmation de la correction des anomalies observées lors de l'audit au plus tard un mois après avoir audité le site de vaccination. Cette confirmation devra être transmise à l'adresse covid.directives@msss.gouv.qc.ca.

À partir de maintenant, des audits doivent être réalisés dans tous les sites de vaccination au sein des établissements. Ces audits devront être répétés tous les 3 mois et **pourront être réalisés plus fréquemment au besoin**.

Numéro de dossier

2021-013

Date

2021-11-10

Volume Chapitre Sujet Document

02 02 54 02

Sujet

Politique de gestion des vaccins du Programme québécois d'immunisation

Cette circulaire remplace celle du 2 juin 2015 (2015-020) même codification.

Expéditeur(s)

Le sous-ministre adjoint à la Direction générale de santé publique

Destinataire(s)

Les directrices et les directeurs de santé publique, les présidentes-directrices générales et les présidents-directeurs généraux des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

Cette circulaire s'adresse également, en adaptant les destinataires :

- au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSSBJ)
- à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSS du Nunavik)
- au Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ)

Objet

La présente circulaire a pour but de définir la Politique de gestion des vaccins utilisés dans le Programme québécois d'immunisation (PQI). Elle tient compte de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2), des normes et de la gestion de la qualité des vaccins et des responsabilités respectives des intervenants concernés.

Modalités

1. Direction générale adjointe de la protection de la santé publique

La Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est responsable de la gestion du PQI. Elle établit les indications de gratuité des vaccins et révisé annuellement :

- a. la liste des vaccins utilisés dans les programmes d'immunisation en consultant les directions de santé publique (DSPublique) des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) pour valider les quantités requises;
- b. la liste des vaccins utilisés dans le cadre de l'application de la Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services (LQ 2020, chapitre 4) en consultant les grossistes de produits pharmaceutiques pour valider les quantités requises.

Elle s'assure du maintien de la qualité des vaccins du PQI en établissant les normes et les pratiques de gestion de ces produits.

La DGAPSP nomme un responsable provincial pour assurer la coordination et l'application des normes de qualité de gestion des vaccins jusqu'à leur mise en inventaire au niveau régional et au niveau des grossistes.

2. Gestionnaire administratif et financier des vaccins

La DGAPSP confie au Centre d'acquisitions gouvernementales (CAG), corporation d'achat en commun, le mandat d'agir en son nom, à titre de gestionnaire administratif et financier pour l'adjudication de contrats à un ou à plusieurs fournisseurs pour les

vaccins et les services d'un dépositaire et d'un distributeur provincial (DDP), l'achat de vaccins du PQI et le paiement de factures.

a. Gestion de l'adjudication

En confiant ce mandat au CAG, la DGAPSP reconnaît que celle-ci agit dans le cadre du processus d'appel d'offres à titre d'organisme public et, qu'à ce titre, elle exerce, ainsi que son plus haut dirigeant, tous les droits et les obligations prévus à la Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1), et ce, jusqu'à la conclusion du contrat avec un ou des fournisseurs.

b. Gestion contractuelle

Le gestionnaire administratif et financier achète les quantités requises de vaccins auprès des fabricants et des fournisseurs en effectuant le suivi des paiements et en assurant le suivi du contrat d'entreposage, le calcul des frais de distribution, la mise à jour de l'inventaire des vaccins chez le DDP et le suivi des notes de crédit associées au retour des produits périmés. Il est également responsable du suivi, de l'encaissement et de la facturation aux organismes vaccinateurs lors des bris de la chaîne de froid évalués par les DSPublique du CISSS ou du CIUSSS. Il informe la DGAPSP des pertes et des réclamations faites auprès des organismes vaccinateurs.

Suivant l'autorisation de la DGAPSP, le CAG effectue le paiement auprès de divers fournisseurs.

Il est également responsable du suivi des conditions, notamment en ce qui a trait aux avis, aux modifications de conditions, à l'exercice d'option de renouvellement, etc.

3. La DGAPSP peut également mandater

La DGAPSP peut également mandater Services publics et Approvisionnement Canada pour la négociation d'achats de vaccins et la gestion des contrats qui en découlent dans le cadre d'une lettre d'entente signée.

4. DDP des vaccins

Sur une base périodique et à la suite d'un appel d'offres fait par le gestionnaire administratif et financier des vaccins, un DDP des vaccins du PQI est désigné par contrat. Selon les modalités prévues à ce dernier, il entrepose les vaccins, gère les inventaires, les commandes, la réception des livraisons des fabricants et des fournisseurs et les retours de vaccins. Il approvisionne également les dépositaires et les distributeurs régionaux (DDR) en vaccins du PQI et les grossistes selon les modalités prévues au contrat.

5. DSPublique du CISSS ou du CIUSSS

La DSPublique du CISSS ou du CIUSSS doit soutenir l'accès à des services de vaccination de qualité et est responsable, dans sa région, de la gestion et de la distribution des vaccins du PQI aux CISSS et/ou aux CIUSSS et aux organismes vaccinateurs autres que les pharmacies communautaires.

Elle nomme un répondant régional qui veille, auprès des CISSS, des CIUSSS et des organismes vaccinateurs autres que les pharmacies communautaires, à l'application du Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins et du respect du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), outils de référence pour tous les professionnels de la santé qui administrent des vaccins.

Ce répondant s'assure d'avoir un inventaire en vaccins suffisant pour les besoins de sa population qui se voit offrir un service de vaccination en CISSS, en CIUSSS ou dans un organisme autre qu'en pharmacie communautaire. Il évalue et détermine les sites de vaccination nécessaires sur son territoire autre qu'en pharmacie communautaire et précise les conditions en vertu desquelles ils pourront bénéficier des privilèges rattachés à leur participation au PQI. Une entente de service est établie entre la DSPublique et le site de vaccination pour une période déterminée ou jusqu'à ce qu'une des deux parties décide d'y mettre fin. Elle décrit les responsabilités de chacun en regard de la gestion des vaccins.

Advenant le cas où l'entente de service n'est pas respectée, la DSPublique se réserve le droit de refuser tout approvisionnement. Elle peut également refuser de distribuer certains vaccins afin de minimiser les pertes en raison notamment, des formats de distribution disponibles, de la disponibilité ou d'une sous-utilisation des vaccins.

6. Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament² du MSSS

La Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament du MSSS (DAPM) soutient l'accès à des services de vaccination de qualité aux pharmaciens avec l'aide de l'Ordre des pharmaciens du Québec³ et du réseau de distribution existant des médicaments via les grossistes.

7. DDR de vaccins

Chaque DSPublique établit une entente de service avec les DDR de son territoire et les supervise directement ou indirectement.

En utilisant le volet GPI du système d'information en protection des maladies infectieuses (SI-PMI), les DDR gèrent les inventaires, font les commandes auprès du DDP et distribuent les vaccins requis pour l'application du PQI aux CISSS, aux CIUSSS et aux organismes vaccinateurs ayant signé une entente sur la gestion des vaccins avec la DSPublique autres qu'en pharmacie communautaire. Ils ont également pour mandat de recueillir, auprès des établissements et des organismes vaccinateurs sous entente avec la DSPublique, les vaccins périmés débitables et de les retourner au DDP.

8. Sites de vaccination : établissements du réseau de la santé et des services sociaux (CISSS/CIUSSS), cliniques ou bureaux médicaux ou tout autre organisme offrant des services de vaccination

Les sites de vaccination autres qu'en pharmacie communautaire nomment un responsable d'une entente de service concernant la gestion des vaccins avec leur DSPublique. Ils s'assurent que toutes les modalités de l'entente soient mises en application et doivent identifier un répondant local de la gestion des vaccins.

Ils doivent également détenir une police d'assurance contre tout dommage ou toute perte causé aux vaccins dès la cueillette ou la réception des vaccins.

Tout bris de la chaîne de froid ou autre incident survenu lors de l'entreposage ou la manutention des vaccins du PQI selon le Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins et le PIQ doit être signalé à la DSPublique. Les vaccins sont conservés en quarantaine selon les normes reconnues jusqu'à l'évaluation et la recommandation de la DSPublique.

Le volet GPI du SI-PMI doit être utilisé pour commander et retourner les vaccins au DDR selon les modalités de la DSPublique.

Les vaccins reçus pour l'application du PQI ne peuvent être vendus, empruntés ou facturés. La facturation de l'acte de vaccination doit se faire, le cas échéant, en conformité avec les normes professionnelles auxquelles sont soumis les vaccinateurs.

9. Registre de vaccination

Toutes les vaccinations reçues par une personne au Québec, qu'elles soient couvertes ou non par le régime public, doivent obligatoirement être inscrites au registre de vaccination du Québec en vertu de la LSP.

Le règlement ministériel d'application de la LSP concernant le registre de vaccination prévoit que cette saisie doit être réalisée dans les deux jours ouvrables suivant l'administration du vaccin.

Par ailleurs, toutes les vaccinations reçues par une personne, lorsque ces vaccinations sont portées à la connaissance d'un professionnel de la santé et qu'elles sont validées (par exemple, si elles ont été notées dans le carnet de vaccination), doivent aussi être inscrites au registre de vaccination. Ainsi, si l'historique des données de vaccination est absent du registre de vaccination, les données de vaccination manquantes doivent y être inscrites.

Il importe de préciser que la mise en oeuvre du registre de vaccination ne soustrait pas l'établissement et le vaccinateur à sa responsabilité de tenue de dossier local.

Coordination et contrôle de la qualité

Tous les répondants et les responsables provinciaux, régionaux et locaux doivent s'assurer, à leur niveau, de la qualité des vaccins et de l'efficacité de leur gestion. Ils doivent vérifier en particulier la tenue des inventaires, les conditions de conservation et de transport des vaccins et faire des inspections, des recommandations et, le cas échéant, prendre les sanctions requises, conformément aux normes établies et aux contrats relatifs à la gestion des vaccins.

Le Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins est l'outil de référence pour tout ce qui concerne les normes à appliquer pour assurer la qualité des vaccins au Québec.

Imputabilité

De façon générale, les vaccins franchissent quatre étapes dans leur cheminement allant du fabricant et du fournisseur, au DDP de vaccins, au DDR ou aux grossistes, puis au site de vaccination. Chaque intervenant est responsable, à son niveau, des vaccins dès que ces derniers sont cueillis ou réceptionnés selon les modalités établies par la DGAPSP.

Cette responsabilité s'applique également, le cas échéant, à un établissement transit pour l'entreposage, intermédiaire entre le DDR et le site de vaccination ou entre un grossiste et la pharmacie.

Situation d'urgence

Lorsque l'utilisation exceptionnelle de vaccins est nécessaire dans une région, la DSPublique fait une demande en ce sens à la DGAPSP. À la suite de son approbation, la DGAPSP organise la livraison des vaccins demandés avec le DDP.

Coûts

Les coûts associés à la gestion administrative, financière et comptable des vaccins du PQI sont assumés par la DGAPSP.

Les coûts associés à la réception et l'entreposage des vaccins au DDP ainsi que leur distribution au DDR et aux grossistes jusqu'à leur mise en inventaire sont également assumés à même les budgets prévus à cette fin par la DGAPSP.

Les coûts associés à la gestion régionale des vaccins sont assumés par la DSPublique du CISSS ou du CIUSSS.

Les coûts associés à la gestion des vaccins par les grossistes sont assumés par le grossiste concerné ou par la pharmacie communautaire.

Les coûts associés à la gestion locale des vaccins sont assumés par les sites de vaccination publics et privés.

Suivi

Pour toute information additionnelle, communiquez avec la DGAPSP au 418 266-6720.

-
1. L'acronyme utilisé pour Services publics et Approvisionnement Canada est SPAC.
 2. L'acronyme utilisé pour Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament est DAPM.
 3. Le sigle utilisé pour Ordre des pharmaciens du Québec est OPQ.

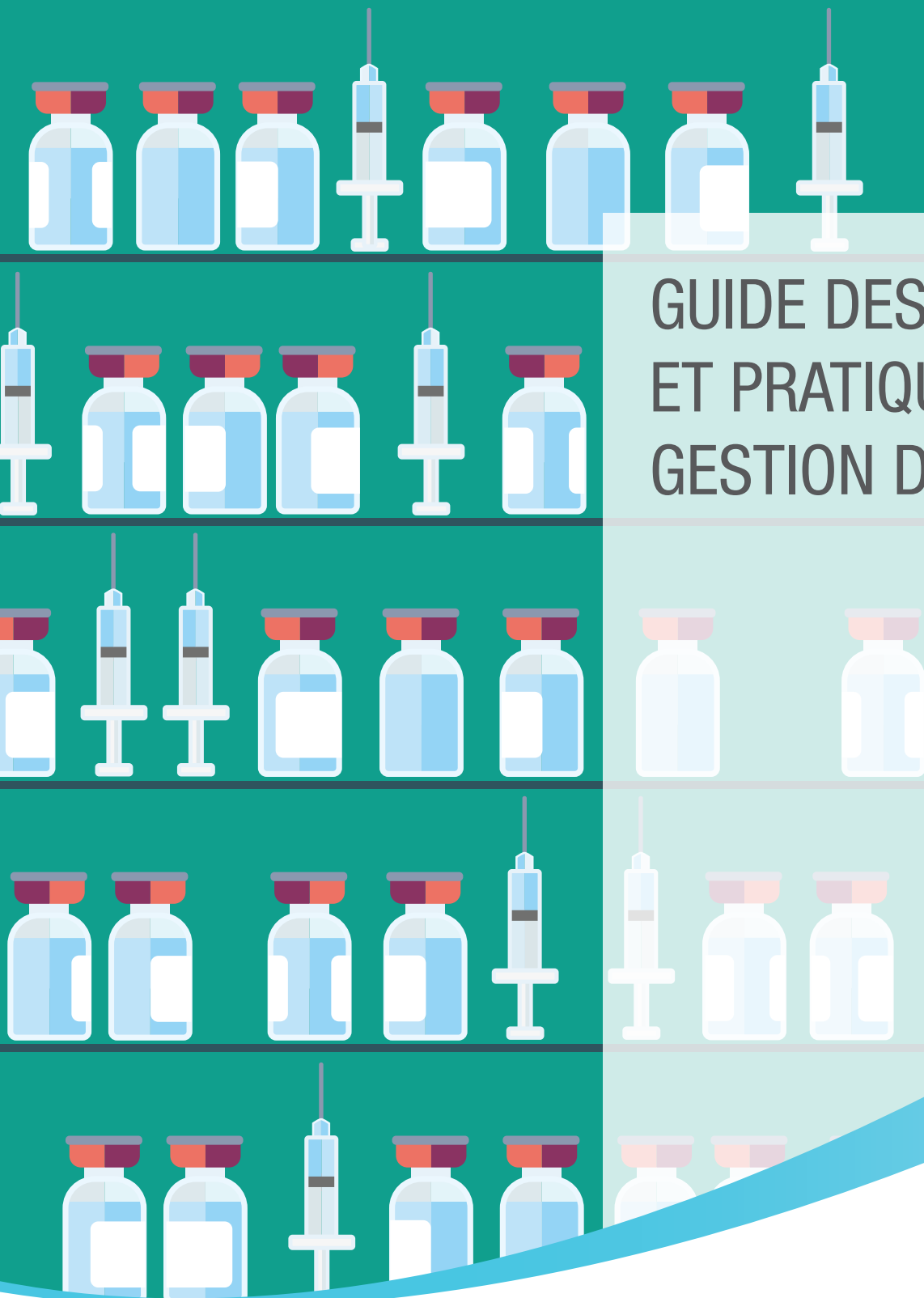
Le sous-ministre adjoint,

Original signé par

Horacio Arruda

Direction(s) ou service(s) ressource(s)

Nom	Coordonnée(s)
Direction générale adjointe de la protection de la santé publique	418 266-6720



GUIDE DES NORMES ET PRATIQUES DE GESTION DES VACCINS

RÉDACTION

Catherine Guimond, Direction de santé publique (DSPublique),
Centre de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre

Annie Payette, DSPublique, CISSS de Lanaudière

Caroline Boisvert, DSPublique, CISSS des Laurentides

Ginette Bélanger, DSPublique, CISSS de la Côte-Nord

Linda Bessette, Ministère de la Santé et des Services sociaux

COLLABORATION

Claudine Forest, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dominique Fortier, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP),
ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Bastien, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Martine Lestage, DSPublique, CISSS de l'Outaouais

Julie Charron, DSPublique, CISSS de la Montérégie-Centre

Annie Demers, DGAPSP, ministère de la Santé et des Services sociaux

MISE EN PAGE

Eugénie DesAlliers, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mélanie Léger, Ministère de la Santé et des Services sociaux

RÉVISION LINGUISTIQUE

Marie-France LeBlanc

ÉDITION

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

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

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

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

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN 978-2-550-89431-5 (3^e édition, 2021)

ISBN 978-2-550-72773-6 (1^{re} édition, 2015)

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

© Gouvernement du Québec, 2021

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. NORMES ET RESPONSABILITÉS.....	3
1.1. NORMES.....	3
1.2. RESPONSABILITÉS.....	5
2. PROCÉDURE DE COMMANDE ET GESTION DES INVENTAIRES.....	7
2.1. PROCÉDURE GÉNÉRALE.....	7
2.2. GESTION DES INVENTAIRES.....	7
2.3. VACCINS NON SOUTENUS FINANCIÈREMENT PAR LE MSSS.....	8
3. ENTREPOSAGE DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS.....	9
3.1. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.....	9
3.2. RÉFRIGÉRATEURS.....	9
3.2.1. <i>Types de réfrigérateurs</i>	9
3.2.1.1. Réfrigérateurs spécialisés.....	9
3.2.1.2. Réfrigérateurs domestiques.....	10
3.2.1.3. Réfrigérateurs de bar.....	11
3.2.1.4. Résumé des recommandations.....	11
3.2.2. <i>Emplacement</i>	11
3.2.3. <i>Entretien et surveillance</i>	11
3.3. DISPOSITION DES VACCINS DANS LE RÉFRIGÉRATEUR.....	12
4. SURVEILLANCE DE LA TEMPÉRATURE DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS.....	13
4.1. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.....	13
4.2. CHOIX DU DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DE LA TEMPÉRATURE.....	13
4.2.1. <i>Enregistreur de données numériques</i>	14
4.2.2. <i>Thermomètre numérique minima-maxima</i>	15
4.2.3. <i>Enregistreur de données graphiques</i>	15
4.2.4. <i>Positionnement des dispositifs de surveillance dans les réfrigérateurs</i>	16
4.2.5. <i>Indicateurs thermosensibles de chaleur ou de gel</i>	16
4.2.6. <i>Tableau synthèse des dispositifs de surveillance de la température</i>	17
4.2.7. <i>Entretien</i>	18
5. TRANSPORT DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS.....	19
5.1. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.....	19

5.2.	MATÉRIEL D'EMBALLAGE	20
5.2.1.	<i>Matériel d'emballage, caractéristiques et fonctions</i>	20
5.2.2.	<i>Préparation du matériel d'emballage</i>	21
5.3.	PROCÉDURE D'EMBALLAGE DES VACCINS.....	22
5.4.	PROCÉDURE DE RÉCEPTION DES VACCINS	24
6.	SÉANCE DE VACCINATION À L'EXTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT	25
6.1.	TRANSPORT DES VACCINS	25
6.2.	CONSERVATION DES VACCINS PENDANT LA SÉANCE DE VACCINATION	25
7.	ENTREPOSAGE DES VACCINS CONGELÉS	26
7.1.	RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.....	26
7.2.	CONGÉLATEURS	26
7.2.1	<i>Types de congélateurs</i>	26
7.2.1.1	Congélateurs spécialisés	26
7.2.1.1.1	Congélateurs spécialisés à ultra-basse température	26
7.2.1.1.2	Congélateurs spécialisés à basse température	27
7.2.1.2	Congélateurs domestiques	28
7.2.1.3	Résumé des recommandations	28
7.2.2	<i>Emplacement</i>	29
7.2.3	<i>Entretien et surveillance</i>	29
7.3.	DISPOSITION DES VACCINS DANS LE CONGÉLATEUR.....	29
8.	SURVEILLANCE DE LA TEMPÉRATURE DES VACCINS CONGELÉS	30
9.	TRANSPORT DES VACCINS CONGELÉS.....	31
9.1.	RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.....	31
9.2.	EMBALLAGE DES VACCINS.....	31
9.3.	PROCÉDURE DE RÉCEPTION DES VACCINS	33
10.	BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID	34
10.1.	DÉFINITION	34
10.2.	CAUSES POSSIBLES.....	34
10.3.	CONSÉQUENCES.....	34
10.4.	PROCÉDURE À SUIVRE	35
10.5.	DEMANDE D'ÉVALUATION DE VACCINS AYANT SUBI UN BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID	36
10.6.	TEST D'AGITATION	37

10.7. CONDUITE À TENIR APRÈS L'ÉVALUATION DES VACCINS AYANT SUBI UN BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID	37
11. PERTE DE VACCINS.....	38
11.1. GÉNÉRALITÉS	38
11.2. PRODUITS PÉRIMÉS À RETOURNER	38
11.3. PRODUITS PÉRIMÉS À DÉTRUIRE	38
11.4. AUTRES PRODUITS À DÉTRUIRE.....	38
12. ÉLIMINATION DES PRODUITS	39
12.1. RÈGLEMENT SUR LES DÉCHETS BIOMÉDICAUX.....	39
12.2. ÉTIQUETTE CONFORME À L'ANNEXE III DU RÈGLEMENT	40

LISTE DES ANNEXES

Annexe – 1 CIRCULAIRE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	43
Annexe – 2 RÉFRIGÉRATEURS.....	49
Annexe – 3 RELEVÉS DE TEMPÉRATURES DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS.....	51
Annexe – 4 TEST À LA BARBOTINE	53
Annexe – 5 PROCÉDURE EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID.....	54
Annexe – 6 ENTRETIEN DU MATÉRIEL.....	55
Annexe – 7 MATÉRIEL REQUIS POUR UNE SÉANCE DE VACCINATION À L'EXTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT.....	56
Annexe – 8 PRÉPARATION DU MATÉRIEL D'EMBALLAGE EN MODE RÉFRIGÉRATION.....	57
Annexe – 9 PROCÉDURE D'EMBALLAGE DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS.....	58
Annexe – 10 PROCÉDURE DE RÉCEPTION DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS.....	59
Annexe – 11 PROCÉDURE EN CAS DE PANNE D'ÉLECTRICITÉ	60
Annexe – 12 PLAN DE RELÈVE.....	61
Annexe - 13 NOUVEAU SITE DE VACCINATION : AIDE-MÉMOIRE	62

LISTE DES FIGURES

FIGURE - 1	9
FIGURE - 2.....	10
FIGURE - 3.....	14
FIGURE - 4.....	14
FIGURE - 5.....	15
FIGURE - 6.....	15
FIGURE - 7	23

LISTE DES SIGLES

CAG	Centre d'acquisitions gouvernementales
CNRC	Conseil national de recherches Canada
DDP	Dépositaire et distributeur provincial
DGAPSP	Direction générale adjointe de la protection de la santé publique
DSPublique	Direction de santé publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIQ	<i>Protocole d'immunisation du Québec</i>
PQI	Programme québécois d'immunisation
SI-PMI	Système d'information en protection des maladies infectieuses

INTRODUCTION

Le *Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins*¹ vise à soutenir la mise en place de mesures standardisées pour maintenir les vaccins dans des conditions idéales et en assurer une gestion efficace.

Les vaccins sont les outils les plus sûrs et les plus efficaces dans la prévention des maladies infectieuses. Toutefois, leur efficacité peut être moindre à cause de mauvaises conditions d'entreposage et de manutention. Il arrive que de nombreux vaccins doivent être détruits en raison d'un bris de la chaîne de froid. Il est donc crucial que tous les intervenants responsables du maintien de la qualité des vaccins, que ce soit au moment de l'entreposage ou de la manutention, connaissent et appliquent les normes les plus strictes. C'est ainsi que pourront être offerts les vaccins les plus efficaces possible et que les pertes pourront être réduites.

Cette nouvelle édition du guide est disponible uniquement en version électronique et contient 12 sections. Dans les sections 1 à 4, sont présentés les normes et responsabilités en matière de gestion des vaccins, la procédure de commande et la gestion des inventaires ainsi que l'entreposage et la surveillance de la température des vaccins réfrigérés. À la section 5, sont expliquées les normes à respecter lors du transport des vaccins réfrigérés. La section 6, quant à elle, présente les normes à respecter lors d'une séance de vaccination à l'extérieur de l'établissement. Les sections 7 à 9 portent sur l'entreposage, la surveillance de la température et le transport des vaccins congelés. Pour ce qui est des sections 10 à 12, on y traite des bris de la chaîne de froid, des pertes de vaccins de même que de l'élimination des produits. Enfin, en annexe, se trouvent la mise à jour de la circulaire du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des exemples de réfrigérateurs, des relevés de températures ainsi que plusieurs outils de travail, souvent sous forme de listes à cocher.

Dans les sections visées du guide, les plages de températures prescrites par les fabricants pour les vaccins qui doivent être maintenus à l'état congelé ne sont pas mentionnées. Ces plages de températures, ainsi que les autres particularités des vaccins congelés, sont précisées dans le PIQ. Par ailleurs, les recommandations du présent guide s'appliquent également au test cutané à la tuberculine, qui requiert les mêmes conditions d'entreposage et de manutention que les vaccins.

La protection de la population québécoise contre les maladies infectieuses passe par une gestion adéquate des vaccins. Toutes les personnes responsables de la gestion des vaccins doivent connaître et suivre les recommandations contenues dans ce guide. Le *Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins* est l'outil de référence pour tout ce qui concerne les normes à appliquer pour assurer la qualité des vaccins.

¹ En cas de disparité entre ce guide et le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ), ce dernier prévaut.

1. NORMES ET RESPONSABILITÉS

1.1. NORMES

La Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP) du MSSS est responsable de la gestion du Programme québécois d'immunisation (PQI).

Tout représentant d'un site de vaccination autre qu'une pharmacie communautaire doit signer avec la direction de santé publique (DSPublique) de sa région une entente précisant les conditions en vertu desquelles il pourra bénéficier des privilèges rattachés à sa participation au PQI ([voir l'annexe 1](#)).

En signant cette entente, le représentant du site de vaccination s'engage à mettre en place les mesures nécessaires au maintien de la qualité des vaccins et à respecter les normes suivantes :

- Nommer un répondant local de la gestion des vaccins. Ce répondant doit avoir reçu une formation appropriée et doit former une personne qui le remplacera en son absence.
- Assurer la formation de tout le personnel qui manipule ou administre les vaccins sur les procédures à suivre pour assurer la qualité des produits.
- Informer le personnel de soutien de l'importance du maintien de la chaîne de froid pour la conservation des vaccins.
- Maintenir les vaccins entre 2 et 8 °C jusqu'au moment de leur administration, à l'exception des vaccins congelés (voir les recommandations du PIQ).
- Pour les vaccins réfrigérés, utiliser un réfrigérateur :
 - pouvant maintenir la température entre 2 et 8 °C;
 - doté d'un dispositif de surveillance de la température permettant en tout temps la lecture des températures actuelle, minimale et maximale (enregistreur de données numériques avec capteur ou avec sonde et fiole de glycol, thermomètre numérique minima-maxima avec capteur ou avec sonde et fiole de glycol).
- Pour les vaccins congelés, utiliser un congélateur :
 - pouvant maintenir les températures minimales et maximales prescrites par les fabricants (voir les recommandations du PIQ);
 - doté d'un dispositif de surveillance de la température qui supporte les températures de congélation ou d'ultracongélation.
- Peu importe le type de dispositif de surveillance utilisé, relever les températures actuelle, minimale et maximale 2 fois par jour (en début et en fin de journée) ainsi qu'inscrire ces températures sur le relevé de températures ([voir l'annexe 3](#)).
- Conserver les relevés de températures pendant 4 ans.
- Respecter la date de péremption des produits et en assurer la rotation.

Chaque site de vaccination doit nommer un répondant local de la gestion des vaccins.

- Établir une procédure écrite détaillée pour les activités d'urgence et les activités courantes (entreposage et manutention des vaccins) ainsi que réviser annuellement la procédure.
- Placer la procédure à un endroit facilement accessible à tout le personnel visé, de préférence près des unités d'entreposage des vaccins.

Tous les sites de vaccination doivent avoir une procédure détaillée pour les activités courantes et les activités d'urgence.

1.2. RESPONSABILITÉS

Chaque intervenant est responsable à son niveau des vaccins dès que ces derniers sont recueillis ou réceptionnés selon les modalités établies par la DGAPSP. Il en est de même d'un établissement de transit pour l'entreposage intermédiaire entre le dépositaire et distributeur régional ainsi que le site de vaccination ou entre le grossiste et la pharmacie communautaire.

DGAPSP du MSSS	<ul style="list-style-type: none"> • Est responsable de la gestion du PQI • Établit les indications de gratuité des vaccins • Révise annuellement la liste des vaccins utilisés dans les programmes d'immunisation • S'assure du maintien de la qualité des vaccins en établissant des normes de gestion • Nomme un responsable provincial pour assurer la coordination des activités • Confie le mandat au Centre d'acquisitions gouvernementales (CAG) et à Services publics et Approvisionnement Canada d'agir en son nom pour la négociation d'achats de vaccins, la facturation et les services d'un dépositaire et distributeur provincial (DDP)
Fabricant ou fournisseur	<ul style="list-style-type: none"> • Produit des vaccins en fonction de l'entente négociée avec le CAG • Assure le transfert des vaccins au DDP
DDP	<ul style="list-style-type: none"> • Entrepose les vaccins selon les normes • Gère les inventaires, les commandes, les livraisons des fabricants et fournisseurs ainsi que les retours des vaccins • S'assure du maintien de la qualité des vaccins selon les normes • Approvisionne en vaccins les dépositaires et distributeurs régionaux ainsi que les grossistes selon les modalités prévues au contrat • Signale à la DGAPSP du MSSS tout bris de la chaîne de froid ou tout autre incident survenu lors de l'entreposage ou la manutention des vaccins
DSPublique	<ul style="list-style-type: none"> • Soutient l'accès à des services de vaccination de qualité et est responsable de la gestion et de la distribution des vaccins du PQI aux sites de vaccination ayant signé une entente de service avec elle • Nomme un répondant régional de la gestion des vaccins • Assure un approvisionnement en vaccins répondant aux besoins de sa population • Détermine le nombre de sites de vaccination nécessaires sur son territoire • Précise les conditions en vertu desquelles les sites de vaccination autres que les pharmacies communautaires pourront bénéficier des privilèges rattachés à leur participation au PQI • Établit avec le site de vaccination autre qu'une pharmacie communautaire pour une période déterminée une entente de service dans laquelle les responsabilités de chacun sont décrites • Établit une entente de service avec un ou plusieurs dépositaires et distributeurs régionaux
Dépositaire et distributeur régional	<ul style="list-style-type: none"> • S'engage à respecter l'entente de service signée avec la DSPublique • Entrepose les vaccins selon les normes • Gère les inventaires régionaux et distribue les vaccins requis aux sites de vaccination approuvés par la DSPublique • Recueille les vaccins périmés débitables et les retours au DDP
Site de vaccination autre que pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> • Nomme un responsable de l'entente de service établie avec la DSPublique • S'assure que toutes les modalités de l'entente sont mises en application • Nomme un répondant local de la gestion des vaccins • Signale à la DSPublique tout bris de la chaîne de froid ou tout autre incident survenu lors de l'entreposage ou la manutention des vaccins • Lors d'un bris de la chaîne de froid, conserve les vaccins selon les normes reconnues jusqu'à l'évaluation et la recommandation de la DSPublique
Grossiste	<ul style="list-style-type: none"> • Entrepose les vaccins selon les normes

	<ul style="list-style-type: none">• Distribue les vaccins requis aux pharmacies communautaires• Signale à la DGAPSP du MSSS tout bris de la chaîne de froid ou tout autre incident survenu lors de l'entreposage ou la manutention des vaccins• Nomme un répondant local de la gestion des vaccins• S'assure que les normes et pratiques de gestion des vaccins sont appliquées• Signale à la DSPublique tout bris de la chaîne de froid ou tout autre incident survenu lors de l'entreposage ou la manutention des vaccins• Lors d'un bris de la chaîne de froid, conserve les vaccins selon les normes reconnues jusqu'à l'évaluation et la recommandation de la DSPublique
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none">• Nomme un répondant local de la gestion des vaccins• S'assure que les normes et pratiques de gestion des vaccins sont appliquées• Signale à la DSPublique de sa région tout bris de la chaîne de froid survenu lors de l'entreposage ou la manutention des vaccins• Lors d'un bris de la chaîne de froid, conserve les vaccins selon les normes reconnues jusqu'à l'évaluation et la recommandation de la DSPublique
Vaccinateur	<ul style="list-style-type: none">• Administre les vaccins selon le PIQ• Respecte le <i>Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins</i>

2. PROCÉDURE DE COMMANDE ET GESTION DES INVENTAIRES

Chaque site de vaccination qui a une entente signée avec la DSPublique de sa région peut se procurer les vaccins prévus à cette entente pour l'application du PQI.

Les pharmacies communautaires, quant à elles, doivent se procurer les vaccins pour l'application du PQI selon les modalités établies avec leurs grossistes.

2.1. PROCÉDURE GÉNÉRALE

Depuis 2011, le MSSS déploie le système d'information en protection des maladies infectieuses (SI-PMI) dont l'un des objectifs est de faciliter la gestion des vaccins. Le volet gestion des produits immunisants de ce système est utilisé par le réseau public pour la gestion des commandes et des inventaires. Actuellement, les sites de vaccination privés n'ont pas accès à ce système et doivent procéder aux commandes de vaccins selon les modalités établies par la DSPublique de leur région ou par les grossistes pour les pharmacies communautaires.

Les commandes de vaccins pour les sites autres que les pharmacies communautaires sont saisies dans le SI-PMI par le répondant local du site de vaccination, le répondant régional ou la personne désignée par le répondant selon le calendrier préalablement établi. Par la suite, le répondant régional révisé toute commande et se réserve le droit de modifier les quantités demandées en fonction de différents éléments, par exemple l'entente de service ou la disponibilité des vaccins.

Le SI-PMI permet également la gestion des bris de la chaîne de froid ainsi que la gestion des retours des sites de vaccination

Une fois la commande autorisée par la DSPublique, le dépositaire et distributeur régional procède à l'emballage et à la distribution des vaccins. L'autorisation des commandes, l'emballage et la distribution des vaccins pour les pharmacies communautaires sont assurés par les grossistes.

2.2. GESTION DES INVENTAIRES

Pour assurer une gestion adéquate des inventaires :

- Prévoir un approvisionnement en vaccins répondant aux besoins de sa population pour une période maximale de 4 à 6 semaines afin de minimiser les pertes qui pourraient survenir en cas de bris de la chaîne de froid ou de date de péremption proche.
- Assurer la rotation des vaccins et prioriser ceux dont la date de péremption est la plus proche ou qui ont subi un bris de la chaîne de froid.
- Retirer les vaccins dont la date de péremption est dépassée.
- Effectuer les retours de produits périmés ou rappelés au dépositaire et distributeur régional, selon les délais requis

La rotation des vaccins doit être assurée.

Si la date de péremption est exprimée :

- en mois : le produit peut être utilisé pendant tout le mois;
- en jour, mois et année (ex. : 31/03/21) : le produit peut être utilisé jusqu'à ce jour inclusivement.

2.3. VACCINS NON SOUTENUS FINANCIÈREMENT PAR LE MSSS

Les sites de vaccination qui désirent obtenir des vaccins pour une clientèle ne répondant pas aux critères de gratuité inscrits dans le PIQ, par exemple pour la vaccination des voyageurs, doivent les commander directement auprès d'un fabricant, d'un grossiste ou d'un pharmacien.

3. ENTREPOSAGE DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS

Les vaccins réfrigérés doivent être entreposés selon les normes décrites ci-dessous.

3.1. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

- Maintenir les vaccins réfrigérés entre 2 et 8 °C jusqu'au moment de leur administration.
- Prévoir un réfrigérateur ayant un volume suffisant pour contenir des quantités de vaccins pour une période maximale de 4 à 6 semaines d'activité. Tenir aussi compte de l'espace requis lors d'une campagne de vaccination.
- Lorsque les quantités de vaccins le justifient, relier le réfrigérateur à une génératrice d'urgence et à une centrale téléphonique ou un système de surveillance en ligne.
- Réserver le réfrigérateur à l'entreposage exclusif des vaccins ou produits pharmacologiques.
- Attendre que la température interne se soit stabilisée entre 2 et 8 °C ou selon la température recommandée pendant un minimum de 48 heures avant d'entreposer des vaccins dans un nouveau réfrigérateur.

Aucun aliment ne doit se trouver dans le réfrigérateur.

3.2. RÉFRIGÉRATEURS

Différents types de réfrigérateurs existent sur le marché. Certains sont à privilégier, tandis que d'autres sont à éviter, car leur capacité à maintenir la température est moins bonne.

3.2.1. Types de réfrigérateurs

3.2.1.1. Réfrigérateurs spécialisés

Les réfrigérateurs spécialisés ont la meilleure capacité de maintien de la température et offrent un plus grand espace de rangement des vaccins.

Principales caractéristiques :

- Mécanisme intégré de réglage de la température réduisant au minimum les écarts de la température interne.
- Distribution uniforme de la température assurée par la circulation continue de l'air.
- Présence d'un évaporateur qui se met en marche automatiquement.
- Système très rapide de recouvrement de la température.
- Présence d'un enregistreur de données numériques intégré (pour la plupart des modèles).
- Présence d'une alarme intégrée.
- Capacité d'entreposage supérieure à 50 % du volume global du réfrigérateur.

FIGURE - 1



Source : GENEQ inc.

Les réfrigérateurs spécialisés sont recommandés pour le dépôt régional et tout autre type de dépôt ayant des inventaires de vaccins importants. Pour ces dépôts, le réfrigérateur doit :

- Être relié à une génératrice d'urgence pour qu'il continue de fonctionner en cas de panne d'électricité.
- Être relié à une centrale téléphonique ou un système de surveillance en ligne pour que la personne responsable puisse être avisée sans délai d'une panne d'électricité ou d'un bris de la chaîne de froid.

Le réfrigérateur du dépôt régional ou d'un autre type de dépôt ayant des inventaires de vaccins importants doit être relié à une génératrice d'urgence et à une centrale téléphonique ou un système de surveillance en ligne.

Note : Ces recommandations peuvent s'appliquer à tout type de dépôt si la valeur des inventaires de vaccins le justifie.

3.2.1.2. Réfrigérateurs domestiques

Seuls les réfrigérateurs domestiques sans givre offrant des températures uniformes sont recommandés pour la conservation de petits volumes de vaccins. Ces réfrigérateurs doivent de plus respecter les règles suivantes :

- La porte de la section congélateur doit être distincte de la porte de la section réfrigérateur, si applicable.
- Si la porte ne peut pas être verrouillée, il est recommandé d'installer une bande velcro pour éviter qu'elle soit accidentellement laissée entrouverte.
- Tous les tiroirs doivent être retirés.
- Des bouteilles d'eau froide ou des accumulateurs de froid (*ice packs*) doivent être placés dans les espaces vides sur les tablettes ainsi que dans la porte du réfrigérateur. Cela permet de réduire les fluctuations de température.
- L'espace disponible ne doit pas être rempli à plus de 50 % afin de permettre à l'air de circuler suffisamment pour le maintien de la température requise.

FIGURE - 2



3.2.1.3. Réfrigérateurs de bar

Les réfrigérateurs de bar ne sont pas recommandés en raison de leur faible capacité à maintenir la température entre 2 et 8 °C.

Les réfrigérateurs de bar ne sont pas recommandés.

3.2.1.4. Résumé des recommandations

Types de réfrigérateurs	Évaluation
Spécialisés	À privilégier
Domestiques sans givre	Recommandés
Domestiques à dégivrage manuel et cyclique	Non recommandés
De bar	Non recommandés

Note : Lorsque les inventaires de vaccins le justifient, la DSPublique peut exiger l'utilisation d'un type de réfrigérateur dans les sites de vaccination ayant une entente signée avec elle pour la gestion des vaccins.

Pour obtenir des informations additionnelles sur les types de réfrigérateurs, voir les *Lignes directrices nationales sur l'entreposage et la manipulation des vaccins pour les vaccinateurs 2015* ([Lignes directrices nationales sur l'entreposage et la manipulation des vaccins pour les vaccinateurs 2015 - Canada.ca](#)).

3.2.2. Emplacement

- Placer le réfrigérateur loin de la lumière directe du soleil et des murs extérieurs dans une pièce :
 - qui est bien ventilée;
 - qui est sécurisée pour y éviter l'accès non autorisé;
 - dont la porte peut être verrouillée si le réfrigérateur ne peut pas l'être.
- Laisser de l'espace sur les côtés et au-dessus de l'appareil. Respecter un espace de 10 cm entre la paroi arrière et le mur ou respecter l'espace recommandé par le fabricant.
- Mettre le réfrigérateur sur une surface ferme et à une hauteur minimale de 2,5 cm de la surface ou à la hauteur recommandée par le fabricant.

3.2.3. Entretien et surveillance

- Vérifier quotidiennement le bon fonctionnement du réfrigérateur.
- S'assurer :
 - que la porte est toujours bien fermée;
 - que l'unité d'entreposage est bien branché, propre et bien éclairé à l'intérieur.
- Tenir à jour un registre de l'entretien du matériel utilisé pour la conservation et la manutention des vaccins, par exemple le numéro de série des pièces, la date d'installation, les dates d'entretien et de réparations.

Près de la prise électrique du réfrigérateur, placer un autocollant portant la mention « **ne pas débrancher** ».

Tenir à jour un registre des travaux pour l'entretien du matériel.

3.3. DISPOSITION DES VACCINS DANS LE RÉFRIGÉRATEUR

- Toujours disposer les produits de la même façon afin de les repérer plus facilement.
- Ne pas placer les produits près des événements d'aération.
- Ne pas placer les produits dans la porte du réfrigérateur, car la température n'est pas constante à cet endroit.
- Conserver les produits dans leur emballage d'origine.
- Regrouper les produits identiques et s'assurer de leur rotation en plaçant en avant les produits dont la date de péremption est la plus proche ou qui ont subi un bris de la chaîne de froid.
- Protéger les vaccins de la lumière en tout temps; l'exposition à la lumière peut causer une perte d'efficacité de certains vaccins.
- Laisser de l'espace entre les boîtes et les paniers troués pour permettre une circulation d'air adéquate; ne pas empiler de grandes quantités les unes sur les autres.
- Respecter la date de péremption des vaccins.
- Conserver les diluants à la température ambiante lorsqu'ils ne sont pas emballés avec les vaccins ou au réfrigérateur entre 2 et 8 °C; ne pas congeler les diluants.
- Pour la disposition des produits dans le réfrigérateur, en plus des éléments énumérés ci-dessus, suivre les recommandations du fabricant et les caractéristiques de l'unité d'entreposage.

Pour plus de détails sur la disposition des produits dans le réfrigérateur, [voir l'annexe 2](#).

4. SURVEILLANCE DE LA TEMPÉRATURE DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS

La surveillance de la température est un aspect essentiel de la gestion des vaccins. Différents dispositifs de surveillance de la température existent : à enregistrement de données numériques ou graphiques ou à affichage numérique. Des données objectives permettent de juger de l'ampleur de l'exposition des vaccins à la chaleur ou au froid en cas de panne d'électricité ou de bris de l'unité d'entreposage ou à la suite d'une erreur humaine.

Quel que soit le dispositif de surveillance utilisé, celui-ci doit posséder un certificat de traçabilité indiquant qu'il a été étalonné, c'est-à-dire qu'il a été comparé à une mesure de référence pour attester sa conformité.

Par la suite, il est recommandé de remplacer annuellement les dispositifs de surveillance de la température ou de les faire étalonner 1 fois par année, et ce, par un spécialiste ou selon les recommandations du fabricant. Une fois l'étalonnage réalisé, le spécialiste procédera à l'ajustage, s'il y a lieu, selon les normes du Conseil national de recherches Canada (CNRC). À titre informatif, le site Internet du CNRC présente la [liste des laboratoires d'étalonnage accrédités au Québec](#).

4.1. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

- Équiper tous les réfrigérateurs d'un dispositif de surveillance offrant un enregistrement en continu des températures actuelle, minimale et maximale afin d'assurer une surveillance appropriée des vaccins. Si le dispositif intégré au réfrigérateur offre un affichage numérique de la température actuelle seulement, un autre dispositif de surveillance permettant la surveillance de la température minimale et maximale doit être installé.
- S'assurer que tous les dispositifs utilisés possèdent un certificat de traçabilité indiquant qu'ils ont été étalonnés et ont une précision d'étalonnage d'au plus 1 °C.
- Faire étalonner ou remplacer annuellement les dispositifs de surveillance.
- Peu importe le dispositif de surveillance utilisé, relever les températures actuelle, minimale et maximale 2 fois par jour, en début et en fin de journée, et ce, même si le réfrigérateur est relié à une centrale téléphonique ou un système de surveillance en ligne ou est doté d'une alarme. Incrire sur le relevé ces températures ainsi que la date, l'heure de lecture et ses initiales.
- Conserver les relevés de températures pendant 4 ans.
- S'assurer que toutes les personnes qui sont appelées à manipuler les vaccins connaissent le fonctionnement des dispositifs de surveillance de la température dans leur établissement, reconnaissent un bris de la chaîne de froid et suivent la procédure établie.

Relever les températures actuelle, minimale et maximale 2 fois par jour.

4.2. CHOIX DU DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DE LA TEMPÉRATURE

Plusieurs types de dispositifs de surveillance de la température existent. Les dispositifs qui sont recommandés pour l'enregistrement de la température lors de l'entreposage des vaccins sont ceux qui offrent un enregistrement en continu des températures actuelle, minimale et maximale. Ces

dispositifs sont recommandés parce qu'ils permettent une évaluation précise de l'excursion d'une température lors d'un bris de la chaîne de froid.

Le dispositif doit être choisi en fonction de la plage de températures requise pour la conservation des vaccins.

4.2.1. Enregistreur de données numériques

Principales caractéristiques :

- Est intégré au réfrigérateur spécialisé (pour la plupart des modèles) ou ajouté au réfrigérateur domestique.
- Est doté d'une sonde insérée dans une fiole de glycol (½ eau + ½ glycérine) ou d'un capteur (sans sonde).
- Enregistre en continu les températures selon les intervalles de lecture programmés par l'utilisateur.
- Offre une précision de $\pm 0,5$ °C de la température et une résolution de 0,1 °C. Affiche en continu les températures actuelle, minimale et maximale.
- Est muni de voyants lumineux ou d'une alarme sonore permettant de signaler une excursion des températures en dehors des températures de conservation.
- Peut être placé dans les contenants isolants lors de séances de vaccination à l'extérieur de l'établissement.
- Peut être utilisé lors du transport.

FIGURE - 3



Source : Trademark of Sensitech Corporation and used with permission.

FIGURE - 4



Source : GENEQ inc.

Pour certains enregistreurs numériques, il est nécessaire d'installer un logiciel afin de produire des rapports de lecture. Il est possible de programmer différents paramètres (par exemple, intervalles de lecture, alarmes, durée de l'enregistrement).

Règles d'utilisation :

- Régler la fréquence de l'enregistrement des données toutes les 10-15 minutes au maximum afin d'avoir un tableau précis des variations de température dans le réfrigérateur.
- Pour un enregistreur avec sonde et fiole de glycol, placer la sonde et la fiole de glycol dans une boîte de vaccin vide au centre du réfrigérateur.
- Pour un enregistreur avec capteur (sans sonde), placer celui-ci au centre du réfrigérateur de façon à faciliter la lecture des températures.
- Malgré l'enregistrement des données, inscrire les températures actuelle, minimale et maximale 2 fois par jour sur le relevé de températures.
- Vérifier la présence ou non d'une alarme.

- Lors d'une alarme, produire un rapport de lecture des températures enregistrées.
- Voir les consignes du fabricant pour la procédure de réinitialisation.

4.2.2. Thermomètre numérique minima-maxima

Principales caractéristiques :

- Affiche les températures actuelle, minimale et maximale en continu.
- Enregistre les températures minimale et maximale atteintes entre chaque remise à zéro (*reset*).
- Est muni d'une sonde insérée dans une fiole de glycol (½ eau + ½ glycérine) ou d'un capteur (sans sonde).
- Requiert une remise à zéro après chaque lecture.
- Peut être ajouté à tout type de réfrigérateur.
- Peut être placé dans les contenants isolants lors de séances de vaccination à l'extérieur de l'établissement.
- Peut être utilisé lors du transport.

FIGURE - 5



Source : GENEQ inc.

Règles d'utilisation :

- Placer la sonde et la fiole de glycol dans une boîte de vaccin vide au centre du réfrigérateur.
- Installer le thermomètre bien à la vue près du réfrigérateur.
- Incrire les températures actuelle, minimale et maximale 2 fois par jour sur le relevé de températures.
- Réinitialiser le thermomètre après chaque lecture en pesant sur le bouton de remise à zéro.

4.2.3. Enregistreur de données graphiques

Principales caractéristiques :

- Enregistre la température en continu sur un graphique papier.
- Offre une durée d'enregistrement de 7 jours, et ce, 24 heures sur 24.
- Ne permet pas l'affichage numérique de la température (pour la plupart des modèles).

Règles d'utilisation :

- Changer le papier 1 fois par semaine et inscrire la date et ses initiales sur le papier.
- Remplacer le crayon annuellement.

L'enregistreur de données graphiques est recommandé s'il est utilisé avec un dispositif à affichage numérique.

FIGURE - 6



Source : GENEQ inc.

4.2.4. *Positionnement des dispositifs de surveillance dans les réfrigérateurs*

Lorsqu'un thermomètre avec sonde et fiole de glycol est utilisé, la sonde et la fiole doivent être placées dans une boîte de vaccin vide au milieu du réfrigérateur. Cela permet une lecture fidèle de la température à laquelle les vaccins sont exposés et réduit la possibilité d'enregistrer de brèves fluctuations de la température au moment de l'ouverture de la porte.

4.2.5. *Indicateurs thermosensibles de chaleur ou de gel*

Les indicateurs de température permettent de savoir si les conditions souhaitées de transport ont été respectées. Leur utilisation est requise lorsque les vaccins risquent d'être exposés au gel ou à une chaleur dépassant les températures recommandées.

Types d'indicateurs	Utilisation	Préparation
Indicateurs de chaleur	Usage unique	Temps d'activation : de 15 minutes à 1 heure selon le modèle utilisé et les recommandations du fabricant
Indicateurs de gel	Usage unique ou multiple	Temps d'activation : de 15 minutes à 1 heure selon le modèle utilisé et les recommandations du fabricant

4.2.6. Tableau synthèse des dispositifs de surveillance de la température

Évaluation	Types de dispositifs de surveillance de la température	Usage recommandé	Avantages et inconvénients
Recommandé pour le transport et l'entreposage	Enregistreur de données numériques avec sonde et fiole de glycol	Enregistre précisément la température en continu lors de l'entreposage ou du transport des vaccins	Permet le stockage des données Permet la génération de rapports Permet une évaluation précise de la durée du bris
Recommandé pour le transport Acceptable pour l'entreposage	Enregistreur de données numériques avec capteur (sans sonde)	Enregistre précisément la température en continu lors du transport des vaccins Enregistre précisément la température en continu lors de l'entreposage, mais présente un inconvénient	Permet le stockage des données Permet la génération de rapports Permet une évaluation précise de la durée du bris Exige l'ouverture de la porte du réfrigérateur pour la lecture de la température
Recommandé pour le transport et l'entreposage	Thermomètre numérique minima-maxima avec sonde et fiole de glycol	Affiche la température en continu lors de l'entreposage ou du transport des vaccins Enregistre les températures minimale et maximale atteintes entre chaque remise à zéro	Ne permet pas le stockage des données Permet la lecture des températures Exige une remise à zéro après chaque lecture Ne permet pas une évaluation précise de la durée du bris
Recommandé pour le transport Acceptable pour l'entreposage	Thermomètre numérique minima-maxima avec capteur (sans sonde)	Affiche la température en continu lors du transport des vaccins Enregistre les températures minimale et maximale atteintes entre chaque remise à zéro Affiche la température en continu lors de l'entreposage des vaccins, mais présente un inconvénient	Ne permet pas le stockage des données Permet la lecture des températures Exige une remise à zéro après chaque lecture Ne permet pas une évaluation précise de la durée du bris Exige l'ouverture de la porte du réfrigérateur pour la lecture de la température
Recommandé pour l'entreposage si un dispositif à affichage numérique est aussi utilisé Non recommandé pour le transport	Enregistreur de données graphiques	Enregistre en continu la température lors de l'entreposage des vaccins Est recommandé s'il est utilisé avec un dispositif à affichage numérique	Permet une évaluation précise de la durée du bris Rend plus difficiles la lecture et l'interprétation de la température Exige le changement du papier 1 fois par semaine
Recommandés pour le transport Non recommandés pour l'entreposage	Indicateurs de chaleur ou de gel	Sont réservés au transport des vaccins Ne sont pas recommandés pour la surveillance de la température d'entreposage des vaccins	
Non recommandés pour l'entreposage et le transport	Autres types	Ne sont pas recommandés pour la surveillance de la température d'entreposage des vaccins Sont acceptables pour la lecture de la température ambiante	

4.2.7. Entretien

Peu importe le type de dispositif de surveillance de la température utilisé, celui-ci doit être étalonné ou remplacé 1 fois par année.

Types de dispositifs de surveillance de la température	À enregistrement de données graphiques ou numériques	À affichage numérique
Étalonnage et ajustage	L'étalonnage et l'ajustage doivent être faits 1 fois par année	
	L'enregistreur numérique doit être étalonné par un spécialiste	Ce dispositif peut être étalonné par un spécialiste, mais le coût est souvent plus élevé que l'achat d'un nouveau thermomètre
L'enregistreur graphique doit être étalonné par un spécialiste selon les recommandations du fabricant*		
Remplacement de la pile	La pile doit être changée tous les 6 à 12 mois ou selon la recommandation du fabricant	
	Les enregistreurs numériques peuvent signaler une pile faible. Dans ce cas, la pile doit être changée immédiatement Aucun signal n'est donné par les enregistreurs graphiques	Un clignotement des données de température de la fenêtre indique que la pile est faible et doit être changée immédiatement
Sonde et fiole de glycol	L'état de la sonde et le niveau de glycol dans la fiole doivent être vérifiés régulièrement La sonde doit toujours être recouverte de glycol (½ eau + ½ glycérine)	
Test à la barbotine	Pour les dispositifs de surveillance équipés d'une sonde et d'une fiole de glycol, un test peut être effectué en cas de doute sur la précision d'un enregistrement de température ou à la suite d'un changement de pile ou d'un choc subi par le dispositif. Ce test est expliqué à l' annexe 4	

* Certains enregistreurs peuvent être étalonnés et ajustés selon une procédure respectant les recommandations du fabricant.

Pour obtenir des informations additionnelles sur les dispositifs de surveillance de la température, voir les *Lignes directrices nationales sur l'entreposage et la manipulation des vaccins pour les vaccinateurs 2015* ([Lignes directrices nationales sur l'entreposage et la manipulation des vaccins pour les vaccinateurs 2015 - Canada.ca](#)).

5. TRANSPORT DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS

5.1. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

- Maintenir les vaccins entre 2 et 8 °C, quels que soient la distance, la saison et le moyen de transport utilisé.
- Tester le matériel utilisé à l'extérieur de l'établissement avant le transport des vaccins.
- Porter la même attention à la préparation et à l'emballage des produits, quelle que soit la durée du transport ou la quantité de produits emballés.
- Choisir les contenants isolants en fonction de leur pouvoir isolant et du volume de produits à transporter.
- Dans la mesure du possible, conserver les vaccins dans leur boîte d'origine. Autrement, les placer dans des sacs opaques refermables par nom de vaccin et par numéro de lot identique.
- Utiliser un dispositif de surveillance de la température recommandé pour le transport ([voir la section 4.2.6](#)).
- Aviser le transporteur de livrer le ou les colis directement à la personne responsable de la réception des produits.
- Éviter, pendant le transport, l'ensoleillement ou l'exposition directe aux sources de chaleur et de climatisation. Pendant l'été, climatiser l'automobile.
- Éviter de déposer les contenants dans le coffre arrière et près du hayon de l'automobile, car la température n'y est pas contrôlée. Privilégier la banquette arrière.
- Privilégier les transports directs ou dédiés en évitant les arrêts inutiles.
- Éviter de faire des envois non urgents dans des conditions extérieures ou des conditions de transport où les produits risquent d'être exposés au gel ou à une chaleur dépassant les températures recommandées.
- S'assurer qu'une personne est avisée de l'arrivée des colis et respecte la procédure établie par l'établissement.

Assurer le maintien de la chaîne de froid du vaccin dès sa sortie de l'unité d'entreposage jusqu'au moment de son administration.

5.2. MATÉRIEL D'EMBALLAGE

5.2.1. Matériel d'emballage, caractéristiques et fonctions

Matériel	Caractéristiques	Fonctions
Boîte de carton (facultatif)	<ul style="list-style-type: none"> Doit être du format correspondant à la grandeur du contenant isolant 	<ul style="list-style-type: none"> Pour y insérer le contenant de styromousse : <ul style="list-style-type: none"> – en tout temps lors d'un transport aérien – au besoin, pour protéger les contenants de styromousse lors du transport
Contenant isolant	<ul style="list-style-type: none"> Doit être un contenant de styromousse avec parois d'au moins 5 cm d'épaisseur ou une glacière ou un sac isolant avec fermeture à glissière ou un congélateur portatif pour vaccins congelés Doit être assez grand pour transporter tous les produits ainsi que tout le matériel d'emballage Doit avoir une surface extérieure durable et souple ou rigide avec couvercle hermétique Peut être réutilisé tant qu'il n'est pas endommagé 	<ul style="list-style-type: none"> Pour transporter les vaccins
Sacs de plastique (facultatif)	<ul style="list-style-type: none"> Doivent être refermables Peuvent être utilisés pour contenir les accumulateurs de froid 	<ul style="list-style-type: none"> Pour protéger les boîtes de vaccins et éviter des écoulements d'eau provenant des accumulateurs de froid
Accumulateurs de froid (<i>ice packs</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Doivent être des accumulateurs individuels ou des accumulateurs sous forme de tapis Peuvent être réutilisés tant qu'ils ne sont pas endommagés Doivent être conservés en tout temps dans le congélateur 	<ul style="list-style-type: none"> Pour maintenir la température interne du colis entre 2 et 8 °C
Papier bulle	<ul style="list-style-type: none"> Peut être de tout type, peu importe la grosseur des bulles 	<ul style="list-style-type: none"> Pour isoler et maintenir la température
Sacs réfrigérants (<i>gel packs</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Doivent être des sacs individuels ou des sacs sous forme de tapis Peuvent être réutilisés tant qu'ils ne sont pas endommagés Doivent être conservés en tout temps dans le réfrigérateur 	<ul style="list-style-type: none"> Pour maintenir la température interne du colis entre 2 et 8 °C Pour éviter que les vaccins soient en contact direct avec les accumulateurs de froid et gèlent
Sacs opaques (facultatif)	<ul style="list-style-type: none"> Doivent être faits de papier ou de plastique opaque et doivent être refermables 	<ul style="list-style-type: none"> Pour contenir les vaccins qui, exceptionnellement, ne peuvent pas être transportés dans leur boîte d'origine Pour diminuer le déplacement des vaccins dans le colis et les protéger de la lumière
Indicateurs de chaleur ou de gel	<ul style="list-style-type: none"> Voir les sections 4.2.5 et 4.2.6 pour les caractéristiques 	<ul style="list-style-type: none"> Pour savoir si des écarts de température sont survenus lors du transport
Enregistreur de données numériques ou thermomètre numérique minima-maxima	<ul style="list-style-type: none"> Voir la section 4.2 pour les caractéristiques 	<ul style="list-style-type: none"> Pour surveiller la température lors du transport
Papier chiffonné	<ul style="list-style-type: none"> Peut être de tout type 	<ul style="list-style-type: none"> Pour remplir les espaces vides et empêcher le déplacement des accumulateurs de froid, sacs réfrigérants et vaccins
Étiquettes	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>VACCINS</p> <p>NE PAS CONGELER, RÉFRIGÉRER DÈS RÉCEPTION</p> <p>Date de fermeture du colis : _____</p> <p>Heure de fermeture du colis : _____</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> Pour assurer une bonne gestion des vaccins

5.2.2. Préparation du matériel d'emballage

- Déterminer le type et le format du contenant isolant selon le volume de l'envoi et les vaccins à envoyer.
- Si un contenant de styromousse est utilisé, prévoir une boîte de carton pour le transport aérien ou, au besoin, pour protéger le contenant.
- Prévoir une quantité suffisante :
 - d'accumulateurs de froid;
 - des sacs réfrigérants;
 - de papier bulle;
 - de papier chiffonné.
- Réfrigérer les diluants au moins 24 heures avant de les insérer dans l'emballage.
- Réfrigérer les sacs réfrigérants au moins 4 heures avant de les utiliser.
- Réfrigérer le dispositif de surveillance de la température :
 - enregistreur de données numériques et thermomètre numérique minima-maxima avec sonde et fiole de glycol : minimum 4 heures;
 - enregistreur de données numériques et thermomètre numérique minima-maxima avec capteur (sans sonde) : minimum 1 heure;
 - indicateurs de chaleur ou de gel : voir les indications du fabricant.
- Réfrigérer le contenant isolant selon l'une des 2 options suivantes :
 - placer des accumulateurs de froid congelés à l'intérieur du contenant pendant 1 heure, puis les retirer avant de procéder à l'emballage;
 - placer le contenant au réfrigérateur au moins 30 minutes avant l'emballage.
- Laisser les accumulateurs de froid congelés à la température ambiante pendant un minimum de 30 minutes avant leur utilisation, jusqu'à ce que de l'eau ou de la buée apparaisse à la surface. Les insérer au besoin dans les sacs en plastique refermables.
- S'assurer que les vaccins à emballer correspondent à la liste des vaccins demandés ou des vaccins à transporter.
- Si, exceptionnellement, des vaccins ne peuvent pas être transportés dans leur boîte d'origine, les insérer dans des sacs opaques refermables afin de diminuer leur déplacement dans le colis et de les protéger de la lumière.
- Préparer l'étiquette pour le colis.

Réfrigérer le contenant isolant, les sacs réfrigérants, le dispositif de surveillance de la température et les diluants.

5.3. PROCÉDURE D'EMBALLAGE DES VACCINS

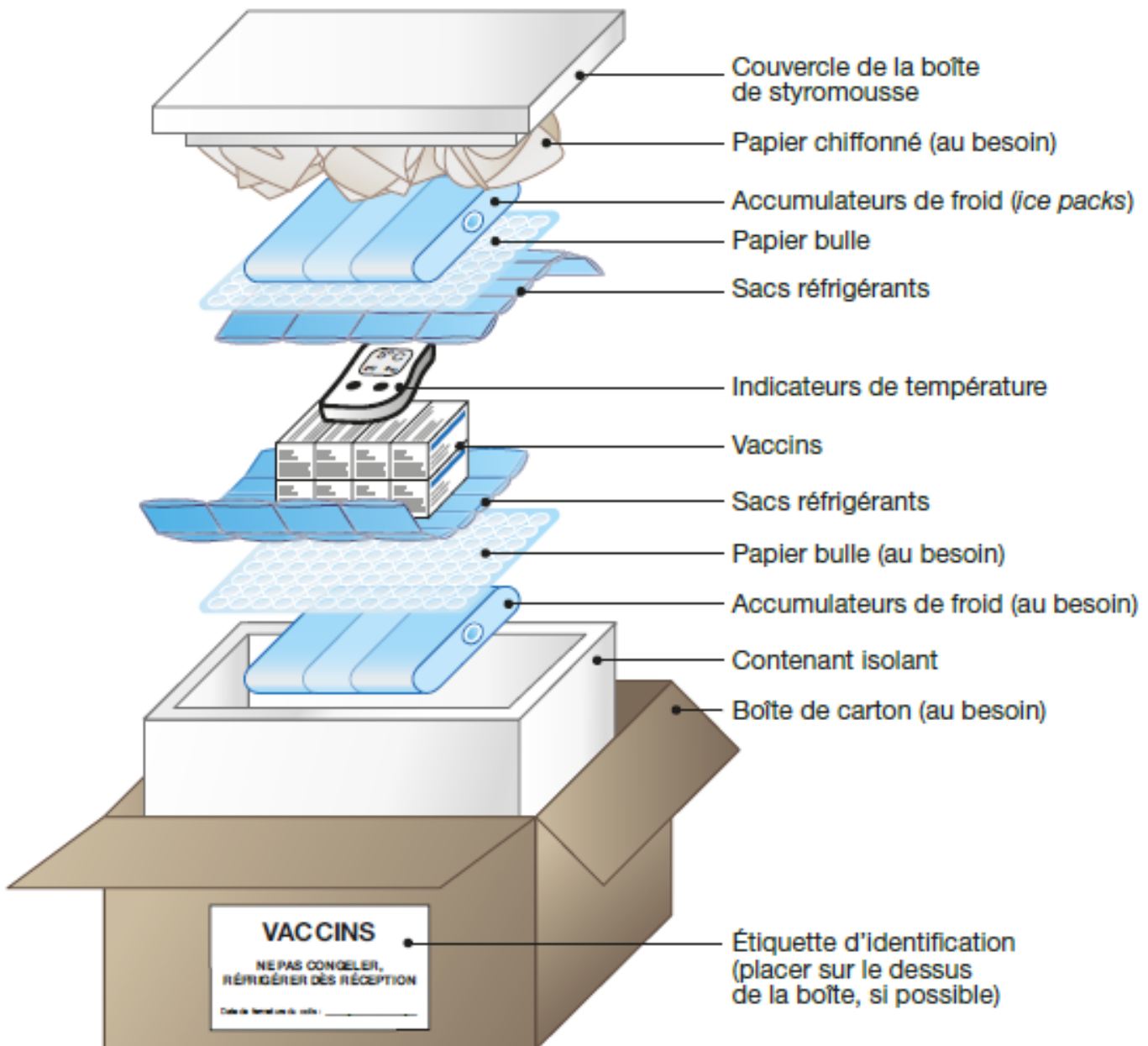
- Selon sa grosseur, placer au fond du contenant isolant un ou plusieurs accumulateurs de froid congelés entre -10 °C et -20 °C.
- Placer du papier bulle entre les accumulateurs de froid et les sacs réfrigérants.
- Placer les sacs réfrigérants dans le contenant isolant de manière à recouvrir le fond, les côtés et le dessus.
- Placer les vaccins au milieu des sacs réfrigérants.
- S'il y a lieu, activer les indicateurs de chaleur ou de gel.
- Insérer le dispositif de surveillance de la température selon le type utilisé :
 - indicateurs de chaleur ou de gel : les coller sur une boîte de vaccin au centre de l'emballage;
 - dispositif de surveillance avec sonde et fiole de glycol : insérer la fiole de glycol dans une boîte de vaccin vide et la disposer au centre des vaccins. Mettre le dispositif sur le dessus du papier chiffonné ou à l'extérieur de la boîte du colis en s'assurant que le bouton de remise à zéro (*reset*) n'est pas enfoncé;
 - dispositif de surveillance avec capteur (sans sonde) : le disposer au centre des vaccins de façon que les boutons ne soient pas enfoncés. Au besoin, l'insérer dans une enveloppe matelassée.
- S'assurer que le dispositif de surveillance ne touche ni à un accumulateur de froid ni à une paroi du contenant isolant.
- Recouvrir le dessus des vaccins avec des sacs réfrigérants et du papier bulle.
- Déposer le nombre requis d'accumulateurs de froid congelés (généralement 1 ou 2) dans le contenant isolant.
- Couvrir le tout de papier chiffonné de manière à empêcher le déplacement des accumulateurs de froid, des sacs réfrigérants et des vaccins, tout en permettant une certaine circulation de l'air.
- Insérer le bordereau de livraison dans le contenant isolant, s'il y a lieu.
- Bien refermer le contenant isolant et fixer le couvercle avec du ruban adhésif, s'il y a lieu.
- Si le contenant est en styromousse, le déposer au besoin dans une boîte de carton et bien sceller la boîte avec du ruban adhésif. Déposer en tout temps le contenant de styromousse dans une boîte de carton lors d'un transport aérien.
- Indiquer sur l'étiquette la date et l'heure de fermeture du colis, puis l'apposer sur ce dernier. Si possible, placer l'étiquette sur le dessus du colis.
- Procéder à l'envoi dans les plus brefs délais.

Bien emballer les vaccins pour prévenir les risques de bris de la chaîne de froid.

Voir la [figure 7](#) à la page suivante.

Tester l'emballage et ajuster les quantités de matériel selon la durée du transport, la quantité de vaccins, la grosseur du contenant isolant et les températures extérieures.

FIGURE - 7



5.4. PROCÉDURE DE RÉCEPTION DES VACCINS

- Nommer une personne responsable de la réception des produits et une personne formée en cas d'absence de la personne responsable.
- Assurer un suivi du colis à partir du moment de la livraison jusqu'à la réception en mains propres par la personne responsable.
- Examiner, dès la réception, l'état du colis pour déceler tout signe d'altération lors du transport.
- Ouvrir rapidement le contenant isolant et observer la façon dont l'emballage a été fait.
- S'il y a lieu, arrêter l'enregistreur de données numériques et observer la présence ou non d'une alarme.
- Vérifier l'état des indicateurs de chaleur ou de gel ou les températures du thermomètre numérique minima-maxima ou la présence d'une alarme sur l'enregistreur de données numériques.
- S'il y a eu excursion des températures en dehors des températures de conservation, examiner les produits, à la recherche de gel apparent, de particules ou de solution brouillée.
- Vérifier que les vaccins reçus correspondent au bordereau de livraison, s'il y a lieu.
- Réfrigérer les vaccins sans délai en fonction des dates de péremption afin d'assurer leur rotation. Les produits dont les dates de péremption sont les plus proches ou qui ont déjà subi un bris de la chaîne de froid doivent être placés en avant. Si un enregistreur numérique a été utilisé, se référer à la procédure régionale pour connaître qui doit en faire la lecture.
- Si les indicateurs de chaleur ou de gel affichent un écart des températures, entreprendre la procédure en cas de bris de la chaîne de froid ([voir la section 10](#)).
- Pour toute anomalie lors de la réception des vaccins, communiquer avec la DSPublique ou le grossiste pour les pharmacies communautaires.

Pour tout écart de température,
entreprendre la procédure
en cas de bris de la chaîne de froid.

6. SÉANCE DE VACCINATION À L'EXTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

6.1. TRANSPORT DES VACCINS

- Suivre la procédure habituelle pour l'emballage des vaccins réfrigérés en s'assurant d'utiliser un dispositif de surveillance de la température à l'intérieur du contenant isolant.
- Emballer uniquement la quantité de vaccins requise pour la séance de vaccination externe afin d'éviter les pertes.
- Prévoir un contenant isolant additionnel avec des sacs réfrigérants (*gel packs*) et des accumulateurs de froid (*ice packs*) de plus afin de remplacer les autres si un écart de température survient.
- Lors du retour à l'établissement :
 - replacer immédiatement les produits dans le réfrigérateur;
 - si les produits ont subi un écart de température, les mettre en quarantaine et suivre la procédure en cas de bris de la chaîne de froid ([voir la section 10](#)).

6.2. CONSERVATION DES VACCINS PENDANT LA SÉANCE DE VACCINATION

Les vaccins utilisés au cours d'une séance de vaccination doivent toujours être conservés entre 2 et 8 °C. Ils peuvent être conservés dans un réfrigérateur ou un contenant isolant s'il n'y a pas de réfrigérateur.

Les températures à l'intérieur du contenant isolant doivent être lues et consignées à l'aide d'un enregistreur de données numériques ou d'un thermomètre numérique minima-maxima :

- Avant de quitter l'établissement;
- À l'arrivée sur les lieux avant le début de la séance de vaccination;
- Toutes les heures durant la séance;
- À la fermeture de la séance.

Les seringues ne doivent pas être préparées avant la séance.

Note : L'utilisation d'un dispositif de surveillance de la température n'est pas nécessaire si l'emballage a été testé préalablement et qu'il assure le maintien de la température entre 2 et 8 °C, et ce, dans les différentes conditions dans lesquelles les vaccins seront conservés pendant la séance.

Pour éviter l'ouverture fréquente du contenant isolant, une petite quantité de vaccins peut être placée sur une table à la disposition des vaccinateurs. Ces produits doivent être protégés de la lumière et conservés entre 2 et 8 °C. Il faut éviter de déposer les fioles et les seringues unidoses directement sur l'accumulateur de froid, car les produits pourraient geler. Les produits restants non préparés seront utilisés en priorité à l'occasion d'une prochaine séance de vaccination. Il n'est pas recommandé de préparer les doses de vaccins avant la séance.

Si des produits sont conservés à une température non contrôlée et qu'ils ne sont pas utilisés pendant la séance de vaccination, une évaluation de bris de la chaîne de froid est requise.

7. ENTREPOSAGE DES VACCINS CONGELÉS

Les conditions d'entreposage des vaccins congelés sont fournies par les fabricants, notamment les températures minimales et maximales de conservation. Les plages de températures prescrites par les fabricants pour les vaccins congelés sont indiquées dans le PIQ.

Pour les nouvelles unités d'entreposage des vaccins congelés, la température doit être stabilisée à l'intérieur de la plage prescrite par le fabricant avant que les vaccins puissent être placés dans l'unité. La température doit être surveillée pendant au moins 2 jours consécutifs. Les températures maximale, minimale et actuelle doivent être consignées 2 fois par jour et se situer dans la plage de températures prescrite avant que les vaccins puissent être entreposés dans l'unité.

Les vaccins congelés doivent être entreposés selon les normes décrites ci-dessous.

7.1. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Aucun aliment
ne doit se trouver
dans le congélateur.

Les vaccins congelés doivent être conservés à une température de congélation (entre -25 °C et -15 °C) ou à une température d'ultracongélation (entre -80 °C et -60 °C).

7.2. CONGÉLATEURS

Différents types de congélateurs existent sur le marché. Idéalement, les vaccins congelés doivent être entreposés dans un congélateur spécialisé distinct. Certains congélateurs sont à privilégier, tandis que d'autres sont à éviter, car leur capacité à maintenir la température est moins bonne.

7.2.1 *Types de congélateurs*

7.2.1.1 Congélateurs spécialisés

Les congélateurs spécialisés sont des unités d'entreposage des vaccins congelés qui produisent des températures de congélation ou d'ultracongélation.

7.2.1.1.1 Congélateurs spécialisés à ultra-basse température

Les congélateurs spécialisés à ultra-basse température produisent des températures d'ultracongélation allant de -80 °C à -60 °C. Ces congélateurs ont la meilleure capacité de maintien des températures ultrabasses.

Principales caractéristiques :

- Mécanisme intégré de réglage de la température réduisant au minimum les écarts de la température interne.
- Distribution uniforme de la température.
- Présence d'un enregistreur de données numériques intégré (pour la plupart des modèles).
- Présence d'une alarme intégrée (pour la plupart des modèles).

Les congélateurs spécialisés à ultra-basse température sont recommandés pour le dépôt régional ainsi que tout autre type de dépôt ayant des inventaires de vaccins importants. Pour ces dépôts, le congélateur doit :

- Être relié à une génératrice d'urgence pour qu'il continue de fonctionner en cas de panne d'électricité.
- Être relié à une centrale téléphonique ou un système de surveillance en ligne pour que la personne responsable puisse être avisée sans délai d'une panne d'électricité ou d'un bris de la chaîne de froid.

Note : Ces recommandations peuvent s'appliquer à tout type de dépôt si la valeur des inventaires de vaccins le justifie.

Le congélateur à ultra-basse température du dépôt régional ou d'un autre type de dépôt ayant des inventaires de vaccins importants doit être relié à une génératrice d'urgence et à une centrale téléphonique ou un système de surveillance en ligne.

En l'absence de congélateurs spécialisés à ultra-basse température, un conteneur thermique adapté peut être utilisé comme unité d'entreposage temporaire des vaccins dans l'établissement ou au site de livraison des vaccins. Les conteneurs thermiques doivent contenir de la glace sèche et maintenir une plage de températures de -90 °C à -60 °C. Ils doivent être accompagnés d'un système d'entreposage de fioles et d'un dispositif de surveillance de la température pour une surveillance adéquate de la chaîne de froid. La durée et les conditions d'utilisation des conteneurs thermiques comme unité d'entreposage temporaire des vaccins à ultra-basse température peuvent être obtenues auprès du fabricant.

7.2.1.1.2 Congélateurs spécialisés à basse température

Les congélateurs spécialisés à basse température ont la meilleure capacité de maintien de la température de congélation. Ils doivent maintenir une température de congélation de -15 °C ou moins.

Principales caractéristiques :

- Mécanisme intégré de réglage de la température réduisant au minimum les écarts de la température interne.
- Distribution uniforme de la température.
- Présence d'un enregistreur de données numériques intégré (pour la plupart des modèles).
- Présence d'une alarme intégrée (pour la plupart des modèles).

Les congélateurs spécialisés à basse température sont recommandés pour le dépôt régional ainsi que tout autre type de dépôt ayant des inventaires de vaccins importants. Pour ces dépôts, le congélateur doit :

- Être relié à une génératrice d'urgence pour qu'il continue de fonctionner en cas de panne d'électricité.
- Être relié à une centrale téléphonique ou un système de surveillance en ligne pour que la personne responsable puisse être avisée sans délai d'une panne d'électricité ou d'un bris de la chaîne de froid.

Le congélateur du dépôt régional ou d'un autre type de dépôt ayant des inventaires de vaccins importants doit être relié à une génératrice d'urgence et à une centrale téléphonique ou un système de surveillance en ligne.

Note : Ces recommandations peuvent s'appliquer à tout type de dépôt si la valeur des inventaires de vaccins le justifie.

7.2.1.2 Congélateurs domestiques

Seuls les congélateurs domestiques sans givre offrant des températures uniformes sont recommandés pour la conservation de petits volumes de vaccins. Le congélateur du combiné réfrigérateur-congélateur doit être doté d'un condenseur distinct. Si le congélateur n'est pas doté d'un condenseur distinct, il ne doit pas être utilisé pour l'entreposage des vaccins.

Les congélateurs domestiques doivent de plus respecter les règles suivantes :

- Si la porte n'est pas munie d'une serrure, il est recommandé d'installer une bande velcro pour éviter qu'elle soit accidentellement laissée entrouverte.
- Des bouteilles d'eau à l'état congelé ou des accumulateurs de froid (*ice packs*) doivent être placés dans les espaces vides sur les tablettes. Cela permet de réduire les fluctuations de température.
- L'espace disponible ne doit pas être rempli à plus de 50 % afin de permettre à l'air de circuler suffisamment pour le maintien de la température requise.

7.2.1.3 Résumé des recommandations

Types de congélateurs	Évaluation
Spécialisés	À privilégier
Domestiques sans givre	Recommandés
Domestiques	Non recommandés

Pour obtenir des informations additionnelles sur les types de congélateurs, voir les *Lignes directrices nationales sur l'entreposage et la manipulation des vaccins pour les vaccinoteurs 2015* ([Lignes directrices nationales sur l'entreposage et la manipulation des vaccins pour les vaccinoteurs 2015 - Canada.ca](#)). Voir aussi les *Lignes directrices nationales provisoires sur l'entreposage, la manipulation et le transport des vaccins à ultra-basse température et à température congelée contre la COVID-19* ([COVID-19 : Lignes directrices nationales sur l'entreposage, la manipulation et le transport des vaccins à ultra-basse température et à température congelée contre la COVID-19 - Canada.ca](#)).

7.2.2 Emplacement

- Placer le congélateur loin de la lumière directe du soleil, d'une source de chaleur et des murs extérieurs dans une pièce :
 - qui est bien ventilée;
 - qui est sécurisée pour y éviter l'accès non autorisé;
 - dont la porte peut être verrouillée si le congélateur ne peut pas l'être.
- Laisser de l'espace sur les côtés et au-dessus de l'appareil. Respecter un espace de 10 cm entre la paroi arrière et le mur ou respecter l'espace recommandé par le fabricant.
- Mettre le congélateur sur une surface ferme et à une hauteur minimale de 2,5 cm de la surface ou à la hauteur recommandée par le fabricant.
- S'assurer qu'aucun objet ne bloque le couvercle du compartiment du moteur, qui se trouve normalement à l'arrière ou sur le côté de l'appareil.

Près de la prise électrique du congélateur, placer un autocollant portant la mention « **ne pas débrancher** ».

7.2.3 Entretien et surveillance

- Vérifier quotidiennement le bon fonctionnement du congélateur.
- S'assurer :
 - que la porte est toujours bien fermée;
 - que l'unité d'entreposage est bien branché, propre et bien éclairé à l'intérieur.
- Tenir à jour un registre de l'entretien du matériel utilisé pour la conservation et la manutention des vaccins, par exemple le numéro de série des pièces, la date d'installation, les dates d'entretien et de réparations.

Tenir à jour un registre des travaux pour l'entretien du matériel.

7.3. DISPOSITION DES VACCINS DANS LE CONGÉLATEUR

- Toujours disposer les produits de la même façon afin de les repérer plus facilement.
- Ne pas placer les produits près des événements d'aération.
- Ne pas placer les produits dans la porte du congélateur, car la température n'est pas constante à cet endroit.
- Conserver les produits dans leur emballage d'origine.
- Regrouper les produits identiques et s'assurer de leur rotation en plaçant en avant les produits dont la date de péremption est la plus proche ou qui ont subi un bris de la chaîne de froid.
- Protéger les vaccins de la lumière en tout temps; l'exposition à la lumière peut causer une perte d'efficacité de certains vaccins.
- Respecter la date de péremption des vaccins.
- Conserver les diluants à la température ambiante lorsqu'ils ne sont pas emballés avec les vaccins ou au réfrigérateur entre 2 et 8 °C; ne pas congeler les diluants.

8. SURVEILLANCE DE LA TEMPÉRATURE DES VACCINS CONGELÉS

Voir la section 4.

Le dispositif de surveillance de la température doit être choisi en fonction de la plage de températures requise pour la conservation des vaccins. Il doit pouvoir supporter les températures de congélation ou d'ultracongélation recommandées (voir les recommandations du PIQ).

9. TRANSPORT DES VACCINS CONGELÉS

9.1. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

- Maintenir les vaccins dans les plages de températures prescrites par les fabricants (voir les recommandations du PIQ), quels que soient la distance, la saison et le moyen de transport utilisé.
- Tester le matériel utilisé à l'extérieur de l'établissement avant le transport des vaccins.
- Porter la même attention à la préparation et à l'emballage des produits, quelle que soit la durée du transport ou la quantité de produits emballés.
- Choisir les contenants en fonction des températures de congélation ou d'ultracongélation des vaccins.
- Dans la mesure du possible, conserver les vaccins dans leur boîte d'origine. Autrement, les placer dans des sacs opaques refermables par nom de vaccin et par numéro de lot identique.
- Utiliser un dispositif de surveillance de la température recommandé pour le transport avec les contenants pour les vaccins congelés ([voir la section 4.2.6](#)).
- Aviser le transporteur de livrer le ou les colis directement à la personne responsable de la réception des produits.
- Éviter, pendant le transport, l'ensoleillement ou l'exposition directe aux sources de chaleur et de climatisation. Pendant l'été, climatiser l'automobile.
- Éviter de déposer les contenants dans le coffre arrière et près du hayon de l'automobile, car la température n'y est pas contrôlée. Privilégier la banquette arrière.
- Privilégier les transports directs ou dédiés en évitant les arrêts inutiles.
- Éviter de faire des envois non urgents dans des conditions extérieures ou des conditions de transport où les produits risquent d'être exposés au gel ou à une chaleur dépassant les températures recommandées.
- S'assurer qu'une personne est avisée de l'arrivée des colis et respecte la procédure établie par l'établissement.

Assurer le maintien de la chaîne de froid du vaccin dès sa sortie de l'unité d'entreposage jusqu'au moment de son administration.

9.2. EMBALLAGE DES VACCINS

9.2.1. Contenants pour l'emballage des vaccins congelés à ultra-basse température

Le transport et l'emballage des vaccins à ultra-basse température doivent se faire avec un contenant isolant et de la glace sèche.

Pour éviter les blessures, la procédure de manipulation de glace sèche reçue par le fabricant ou utilisée par l'établissement doit être suivie.

Dans tous les cas, suivre ces conseils généraux :

- Éviter de toucher la glace sèche sans protection. Utiliser des gants imperméables isolants.
- Éviter tout contact avec les yeux. Porter des lunettes de sécurité.
- Porter un tablier.
- Ne pas ingérer la glace sèche.
- Ne pas conserver la glace sèche dans un espace clos. Manipuler la glace sèche dans un espace ouvert ou suffisamment ventilé.
- Ne pas conserver la glace sèche dans un contenant hermétique.
- Maintenir la glace sèche à une température inférieure à -78 °C. La glace sèche se transforme rapidement en gaz lorsqu'elle est exposée à une température plus élevée.
- Apposer sur le contenant une étiquette portant la mention « vaccins ultracongelés ».

9.2.2. Contenants pour l'emballage des vaccins congelés entre -25 et -15 °C

Le transport et l'emballage des vaccins congelés doivent se faire avec une glacière ou un contenant isotherme maintenant la température entre -25 et -15 °C.

9.2.2.1. Glacières

Plusieurs modèles de glacières permettent de conserver les vaccins en mode congélation et de les protéger de la lumière. La glace sèche ne doit pas être utilisée pour l'emballage et le transport des vaccins congelés à une température supérieure à -25 °C.

La glacière utilisée :

- Doit être alimentée pour maintenir sa température.
- Doit être utilisée avec un dispositif de surveillance de la température. Certains modèles sont munis d'un dispositif de surveillance de la température intégré.
- Doit avoir été préconditionnée et testée avant l'entreposage des vaccins.

Lors de l'emballage des vaccins :

- S'assurer de bien emballer les vaccins pour éviter leur déplacement.
- Apposer sur le contenant une étiquette portant la mention « vaccins congelés ».

9.2.2.2. Contenants isothermes

Les contenants isothermes sont des boîtes de type caisses de transport réutilisables qui protègent les vaccins thermosensibles jusqu'à 4 à 5 jours. De conception modulaire, ces boîtes doivent être conditionnées avec des accumulateurs de froid (ice packs) selon les directives du fabricant et prétestées afin que la température désirée soit obtenue lors du transport.

Le temps de congélation des accumulateurs de froid (ice packs) peut varier en fonction de leur nombre ainsi que selon la température interne du congélateur utilisé.

Il est recommandé de tester le temps d'autonomie du contenant isotherme et d'y insérer un dispositif de surveillance de la température durant l'entreposage des vaccins.

Lors de l’emballage des vaccins :

- S’assurer de bien emballer les vaccins pour éviter leur déplacement au moyen de papier bulles ou chiffonné.
- Apposer sur le contenant une étiquette portant la mention « vaccins congelés ».

9.3. PROCÉDURE DE RÉCEPTION DES VACCINS

- Nommer une personne responsable de la réception des produits et une personne formée en cas d’absence de la personne responsable.
- Assurer un suivi du colis à partir du moment de la livraison jusqu’à la réception en mains propres par la personne responsable.
- Examiner, dès la réception, l’état du colis pour déceler tout signe d’altération lors du transport.
- Ouvrir rapidement le contenant isolant et observer la façon dont l’emballage a été fait.
- Vérifier le dispositif de surveillance de la température.
- S’il y a lieu, arrêter l’enregistreur de données numériques et observer la présence ou non d’une alarme.
- S’il y a eu excursion des températures en dehors des températures de conservation, examiner les produits.
- Vérifier que les vaccins reçus correspondent au bordereau de livraison, s’il y a lieu.
- Disposer les vaccins dans l’unité d’entreposage en fonction de la température de conservation recommandée.
- Si le dispositif de surveillance de la température indique un écart de la température, entreprendre la procédure en cas de bris de la chaîne de froid ([voir la section 10](#)).
- Pour toute anomalie lors de la réception des vaccins, communiquer avec la DSPublique ou le grossiste pour les pharmacies communautaires.

Pour tout écart de température, entreprendre la
procédure
en cas de bris de la chaîne de froid.

10. BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID

10.1. DÉFINITION

Il y a bris de la chaîne de froid lorsque les vaccins sont exposés à des températures en dehors de leurs températures de conservation. Pour les vaccins réfrigérés, cela se produit lors d'une exposition à une température inférieure à 2 °C ou supérieure à 8 °C. Pour les vaccins congelés, cela se produit lors d'une exposition à des températures en dehors des plages de températures prescrites par les fabricants. Les plages de températures prescrites par les fabricants pour les vaccins congelés sont indiquées dans le PIQ.

10.2. CAUSES POSSIBLES

Un bris de la chaîne de froid peut survenir pour différentes raisons :

- Panne ou problème d'électricité (voir l'annexe 11).
- Mauvais fonctionnement ou réglage du réfrigérateur ou du congélateur.
- Produits soumis à un excès de froid ou de chaleur durant le transport.
- Erreur humaine (débranchement accidentel du réfrigérateur ou du congélateur, produits oubliés sur le comptoir, porte mal fermée du réfrigérateur ou du congélateur, etc.).

10.3. CONSÉQUENCES

Les variations de température affectent différemment les produits, c'est pourquoi chacun doit faire l'objet d'une évaluation particulière. Certains produits peuvent tolérer de longues expositions à la chaleur ou au gel sans altération de leur pouvoir immunogène, alors que d'autres sont sensibles au moindre écart de température. Il ne faut donc jamais tenir pour acquis que les vaccins exposés ne peuvent plus être utilisés.

Seul le répondant de la gestion des vaccins de la DSPublique (ou son substitut) est autorisé à faire l'évaluation des vaccins financés par le MSSS.

En cas de bris de la chaîne de froid, ne pas utiliser ni détruire les vaccins exposés avant d'avoir reçu la recommandation de la DSPublique.

10.4. PROCÉDURE À SUIVRE

Quelles que soient la nature et la durée du bris de la chaîne de froid, il est essentiel de **protéger immédiatement les vaccins** :

- Mettre les produits en quarantaine dans un sac ou un panier à leur température de conservation recommandée, soit entre 2 et 8 °C pour les vaccins réfrigérés ou dans les plages de températures prescrites par les fabricants pour les vaccins congelés (voir les recommandations du PIQ), et y inscrire « **ne pas utiliser** ».
- Aviser le personnel de la situation pour éviter une utilisation accidentelle des produits.
- Remplir avec le plus de précision possible le [Formulaire de demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne de froid](#) et le faire parvenir par courriel ou par télécopieur au répondant de la DSPublique (ou à son substitut).
- Ne pas utiliser ni détruire les vaccins exposés avant d'avoir eu une recommandation en ce sens de la part du répondant régional de la gestion des vaccins (ou de son substitut).

Mettre rapidement les vaccins en quarantaine à leur température de conservation recommandée.

À moins d'un besoin urgent de vaccins et d'une impossibilité d'obtenir une évaluation à court terme, il faut attendre l'autorisation de la DSPublique avant de commander des produits de remplacement.

10.5. DEMANDE D'ÉVALUATION DE VACCINS AYANT SUBI UN BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID

Sur le *Formulaire de demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne de froid*, le demandeur doit inscrire les renseignements suivants :

- Son nom et ses coordonnées.
- Les circonstances du bris.
- La date et l'heure où le bris a été constaté.
- La date et l'heure ou l'intervalle durant lequel le bris est survenu.
- La durée du bris :
 - s'il s'agit d'une panne d'électricité, les heures et la durée de la panne doivent être précisées. Hydro-Québec ou la compagnie d'électricité de la région visée peut fournir cette information si elle est inconnue;
 - s'il s'agit d'une erreur humaine, par exemple une porte de réfrigérateur mal fermée, la durée doit être précisée.
- La date et l'heure où les vaccins ont été remis à une température adéquate d'entreposage.
- Les dernières températures actuelle, minimale et maximale de l'unité d'entreposage avant la survenue du bris de la chaîne de froid.
- Les températures actuelle, minimale et maximale de l'unité d'entreposage lors de la constatation du bris de la chaîne de froid.
- La température dans la pièce durant le bris de la chaîne de froid.
- Le type de dispositif de surveillance utilisé et les informations concernant le réfrigérateur ou le congélateur si celui-ci est en cause.
- L'état des indicateurs de chaleur ou de gel si le bris de la chaîne de froid a eu lieu durant le transport.
- La présence et l'état des accumulateurs de froid (*ice packs*).
- La grille d'inventaire des produits touchés par le bris de la chaîne de froid dûment remplie.
- L'administration accidentelle d'un vaccin ayant subi un bris de la chaîne de froid, si applicable.
- Les actions entreprises pour protéger les vaccins.
- Les actions mises en œuvre pour résoudre le problème.
- Les informations relatives à son assurance en cas de bris de la chaîne de froid.

10.6. TEST D'AGITATION

Lors de l'évaluation de vaccins réfrigérés exposés à des températures au-dessous de 0 °C, la DSPublique peut recommander de procéder à un test d'agitation.

Ce test permet de détecter l'altération due à la conservation des vaccins adsorbés sur sels d'aluminium. Il est basé sur le principe selon lequel les sels d'aluminium congelés sédimentent beaucoup plus rapidement que ceux qui ne sont pas congelés. Validée par l'Organisation mondiale de la Santé, cette technique a une haute sensibilité, une haute spécificité et une haute valeur prédictive. Elle est recommandée par le Comité d'immunisation du Québec. La décision d'effectuer le test d'agitation est prise par la DSPublique en fonction des critères d'application de ce test. Ce test est réalisé, selon le protocole, par des professionnels nommés par la DSPublique.

10.7. CONDUITE À TENIR APRÈS L'ÉVALUATION DES VACCINS AYANT SUBI UN BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID

Produits à conserver :

- S'assurer que la température de l'unité d'entreposage est maintenue selon les recommandations et que le problème est résolu avant d'y entreposer les vaccins.
- Étiqueter chaque vaccin selon les indications reçues dans le rapport d'évaluation, en fonction de la procédure déterminée pour sa région.
- Placer les vaccins dans l'unité d'entreposage de manière qu'ils soient utilisés de façon prioritaire.

Produits à retourner ou à détruire :

- Retirer les vaccins de l'unité d'entreposage.
- Placer les vaccins inutilisables dans un contenant ou un sac avec la mention « NE PAS UTILISER, vaccins à détruire ».
- Retourner ou détruire les vaccins selon les modalités établies.
- Commander les vaccins de remplacement requis selon les modalités convenues avec le répondant de la gestion des vaccins de la DSPublique (ou son substitut).

**Dans tous les cas,
prendre les mesures nécessaires
pour éviter qu'un autre bris
de la chaîne de froid se produise.**

11. PERTE DE VACCINS

11.1. GÉNÉRALITÉS

Tous les vaccins, incluant les diluants, ont une date de péremption. Cette date est inscrite sur chaque contenant (ex. : fioles, ampoules ou seringues). Il importe de respecter cette date et de ne pas administrer le produit si la date est dépassée.

Certains produits doivent être retournés rapidement au MSSS pour l'obtention de crédits, alors que d'autres peuvent être détruits par le vaccinateur.

11.2. PRODUITS PÉRIMÉS À RETOURNER

Les produits périmés doivent être retournés au dépôt régional selon la procédure de retour établie par la DSPublique de la région ou selon les modalités établies par le MSSS pour les pharmacies communautaires et les grossistes.

À moins d'un avis contraire, le maintien de la chaîne de froid n'est pas requis lors du retour des vaccins.

11.3. PRODUITS PÉRIMÉS À DÉTRUIRE

Les vaccins à détruire doivent être déposés dans un contenant qui respecte les normes décrites à la [section 12.1](#).

11.4. AUTRES PRODUITS À DÉTRUIRE

- Une fiole ou une seringue cassée.
- Une fiole, une seringue, un applicateur ou un vaporisateur contaminé.
- Une fiole multidose ouverte dont le délai de conservation après ouverture est dépassé.
- Un vaccin préparé, puis jeté, parce qu'il n'a pas été administré.
- Un vaccin ayant subi un bris de la chaîne de froid, selon les recommandations de la DSPublique ou du MSSS, le cas échéant.

Ces produits doivent être détruits dans un contenant qui respecte les normes décrites à la section 12.1. Pour les sites de vaccination ayant une entente avec la DSPublique, les produits doivent également être déclarés ou saisis dans l'application SI-PMI selon les modalités établies par la DSPublique.

12. ÉLIMINATION DES PRODUITS

12.1. RÈGLEMENT SUR LES DÉCHETS BIOMÉDICAUX

En 1992, le gouvernement du Québec a adopté le Règlement sur les déchets biomédicaux (chapitre Q-2, r. 12) découlant de la Loi sur la qualité de l'environnement (chapitre Q-2).

En vertu de ce règlement, il existe 3 catégories de déchets biomédicaux :

- Les déchets anatomiques humains;
- Les déchets anatomiques animaux;
- Les déchets non anatomiques.

La seule catégorie qui concerne le domaine de l'immunisation est celle des déchets non anatomiques. Celle-ci comprend les vaccins de souches vivantes ainsi que les seringues, les aiguilles ou tout autre matériel jetable qui pourrait causer des blessures.


En vertu du Règlement sur les déchets biomédicaux :

- Les déchets non anatomiques doivent être traités par désinfection ou incinération (art. 6). Une méthode de trempage ne suffit pas, car il doit y avoir un broyage au moment de la désinfection.
- Il est recommandé d'utiliser les services d'un exploitant de système de gestion des déchets qui possède le genre d'appareil nécessaire à cette opération.

Note : Aucun des vaccins actuellement utilisés dans le PQI ne requiert une inactivation avant d'être jeté dans un contenant pour les déchets biomédicaux.

- Les déchets biomédicaux destinés à être expédiés hors du lieu de leur production doivent être déposés dans des contenants rigides, étanches, scellés et résistants à la perforation.
- Une fois remplis et scellés, les contenants doivent être maintenus dans un lieu réfrigéré à une température inférieure à 4 °C (art. 22).
- Une étiquette conforme à l'annexe III du Règlement doit être dûment remplie et apposée sur l'extérieur de chaque contenant de déchets biomédicaux. Cette étiquette doit être d'une dimension minimale de 20 cm sur 20 cm (art. 23) ([voir la section 12.2](#)).
- Les déchets biomédicaux non anatomiques doivent être expédiés à un titulaire d'un certificat d'autorisation pour l'exploitation d'une installation de traitement, par désinfection ou incinération, ou d'entreposage de déchets biomédicaux et ne doivent être expédiés qu'à lui (art. 24 et 25).
- Les sites de vaccination sont responsables d'expédier les déchets à une compagnie reconnue pour l'élimination.

12.2. ÉTIQUETTE CONFORME À L'ANNEXE III DU RÈGLEMENT

	<u>DÉCHETS BIOMÉDICAUX</u>
<u>CATEGORIE DE DÉCHETS</u>	
1- <input type="checkbox"/> ANATOMIQUES HUMAINS	
2- <input type="checkbox"/> ANATOMIQUES ANIMAUX	
3- <input type="checkbox"/> NON-ANATOMIQUES	
<input type="checkbox"/> PIQUANTS / TRANCHANTS / CASSABLES	
<u>PRODUCTEUR</u>	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU RAISON SOCIALE: _____ _____	
ADRESSE: _____ _____ _____	
NOM DU RESPONSABLE: _____	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU RESPONSABLE: _____	

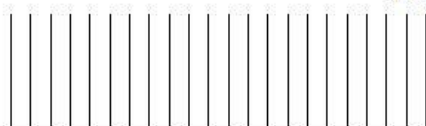
Source : QUÉBEC, *Règlement sur les déchets biomédicaux, Q-2, r. 12, à jour au 20 décembre 2020*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, [s. d.], annexe III.

[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/Q_2/Q2R12.htm].

ANNEXES

Annexe – 1 CIRCULAIRE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

NORMES ET PRATIQUES DE GESTION, Tome II, Répertoire



CIRCULAIRE

Expéditeur	Date
Le sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique	2015-06-02
Destinataires (*)	
Les directrices et les directeurs de santé publique, les présidentes-directrices générales et les présidents-directeurs généraux des CISSS et des CIUSSS	
Sujet	
Politique de gestion des vaccins du Programme québécois d'immunisation (PQI)	

CETTE CIRCULAIRE REMPLACE CELLE DU 7 NOVEMBRE 1996 (1996-016) MÊME CODIFICATION

OBJET

La présente circulaire a pour but de définir la politique de gestion des vaccins, utilisés dans le Programme québécois d'immunisation (PQI). Elle tient compte de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (L.R.Q., c.S-4.2), de la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c.S-2.2), des normes et gestion de la qualité des vaccins et des responsabilités respectives des intervenants concernés.

MODALITÉS

1. DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La Direction de la protection de la santé publique (DPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est responsable de la gestion du PQI. Elle établit les indications de gratuité des vaccins, révisé annuellement la liste des vaccins utilisés dans les programmes d'immunisation et consulte les directions de santé publique (DSP) des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) pour valider les quantités requises.

(*) Cette circulaire s'adresse également, en adaptant les destinataires, au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

Site Internet : www.msss.gouv.qc.ca/documentation
« Normes et Pratiques de gestion »

Direction(s) ou service(s) ressource(s)	Numéro(s) de téléphone	Numéro de dossier			
Direction de la protection de la santé publique	418 266-6720	2015-020			
Document(s) annexé(s)	Volume	Chapitre	Sujet	Document	
	02	02	54	02	

Elle s'assure du maintien de la qualité des vaccins en établissant les normes de gestion de ces produits.

La DPSP nomme un responsable provincial pour assurer la coordination et l'application des normes de la qualité des vaccins jusqu'à leur mise en inventaire au niveau régional.

2. GESTIONNAIRE ADMINISTRATIF ET FINANCIER DES VACCINS

La DPSP confie à SigmaSanté corporation d'achat en commun, le mandat d'agir en son nom, à titre de gestionnaire administratif et financier pour l'adjudication de contrat à un ou plusieurs fournisseurs pour les vaccins et les services d'un dépositaire et distributeur provincial (DDP), l'achat de vaccins du PQI et le paiement de factures.

a) Gestion de l'adjudication

En confiant ce mandat à SigmaSanté, la DPSP reconnaît que celle-ci agit dans le cadre du processus d'appel d'offres à titre d'organisme public et qu'à ce titre elle exerce, ainsi que son plus haut dirigeant, tous les droits et obligations prévus à la Loi sur des contrats des organismes publics (L.R.Q., c.C-65.1), et ce, jusqu'à la conclusion du contrat avec un ou des fournisseurs.

b) Gestion contractuelle

Le gestionnaire administratif et financier achète les quantités requises de vaccins auprès des fabricants et des fournisseurs, en effectue le suivi des paiements et assure le suivi du contrat d'entreposage, le calcul des frais de distribution et la mise à jour de l'inventaire des vaccins chez le DDP.

Il est également responsable du suivi et de la facturation aux organismes vaccinoteurs lors des bris de la chaîne de froid évalués par les DSP des CISSS/CIUSSS. Il informe la DPSP des pertes et réclamations faites auprès des organismes vaccinoteurs.

Suivant l'autorisation de la DPSP, SigmaSanté effectue le paiement auprès de divers fournisseurs.

Il est également responsable du suivi des conditions, notamment en ce qui a trait aux avis, aux modifications de conditions, à l'exercice d'option de renouvellement, etc.

N° dossier	Page
2015-010	2

3. TRAVAUX PUBLICS ET SERVICES GOUVERNEMENTAUX CANADA

La DPSP peut également mandater Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) pour la négociation d'achats de certains vaccins et la gestion des contrats qui en découlent dans le cadre d'une lettre d'entente signée.

4. DÉPOSITAIRE ET DISTRIBUTEUR PROVINCIAL DES VACCINS

Sur une base périodique et à la suite d'un appel d'offres fait par le gestionnaire administratif et financier des vaccins, un DDP des vaccins du PQI est désigné par contrat. Il entrepose les vaccins, gère les inventaires, les commandes, les livraisons des fabricants et fournisseurs, les retours de vaccins, et approvisionne les dépositaires et distributeurs régionaux (DDR) selon les modalités prévues au contrat.

5. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DU CISSS OU DU CIUSSS

La DSP du CISSS ou du CIUSSS doit soutenir l'accès à des services de vaccination de qualité et est responsable dans sa région de la gestion et de la distribution des vaccins du PQI.

Elle nomme un répondant régional qui veille à l'application du « Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins » et du respect du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), outils de référence pour tous les professionnels de la santé qui administrent des vaccins.

Ce répondant s'assure d'avoir un inventaire en vaccins répondant aux besoins de sa population. Il détermine le nombre de sites de vaccination nécessaires sur son territoire et précise les conditions en vertu desquelles elles pourront bénéficier des privilèges rattachés à leur participation au PQI. Une entente de service est établie entre la DSP et le site de vaccination pour une période déterminée ou jusqu'à ce qu'une des deux parties décide d'y mettre fin. Elle décrit les responsabilités de chacun.

Advenant le cas où l'entente de service n'est pas respectée, la DSP se réserve le droit de refuser tout approvisionnement. Elle peut également refuser de distribuer certains vaccins afin de minimiser les pertes, en raison notamment des formats de distribution disponibles ou d'une sous-utilisation des vaccins.

N° dossier	Page
2015-020	3

6. DÉPOSITAIRES ET DISTRIBUTEURS RÉGIONAUX DE VACCINS

Chaque DSP établit une entente de service avec le(s) DDR de son territoire et les supervise directement ou indirectement.

En utilisant le volet GPI du système d'information en protection des maladies infectieuses (SI-PMI), les DDR gèrent les inventaires, font les commandes auprès du DDP et distribuent les vaccins requis pour l'application du PQI aux sites de vaccination approuvés par la DSP. Ils ont également pour mandat de recueillir les vaccins périmés débitables et les retourner au DDP.

7. DIRECTION DES ASSURANCES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE SIGMASANTÉ

La DPSP négocie une entente avec la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux (DARSSS) de SigmaSanté qui se renouvelle automatiquement et qui peut être résiliée par entente écrite entre les parties. Cette entente permet le financement par l'ensemble des assurés participant aux programmes d'assurance du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), d'une partie des pertes non recevables par les programmes d'assurance du RSSS.

Dans le cadre de la gestion des vaccins, la DARSSS s'occupe du programme d'indemnisation des vaccins faisant partie du PQI. Son objectif est de protéger les établissements publics du RSSS pour les risques non couverts par le programme d'assurance de dommages aux biens et bris des machines au regard des vaccins, selon les paramètres et autres conditions prévues dans le contrat-cadre.

Les produits biologiques exclus par ce programme d'indemnisation sont les immunoglobulines, les vaccins périmés, les vaccins se trouvant dans une clinique privée et dans les entrepôts privés. Le risque de perte lors du transport entre le DDP et les DDR du RSSS est exclu. Ce risque est également non couvert lors de transport entre un dépôt régional privé et un site de vaccination.

N° dossier

Page

2015-020

4

8. SITES DE VACCINATION : ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, CLINIQUES OU BUREAUX MÉDICAUX, PHARMACIES OU TOUT AUTRE ORGANISME OFFRANT DES SERVICES DE VACCINATION

Les sites de vaccination nomment un responsable d'une entente de service concernant la gestion des vaccins avec leur DSP. Ils s'assurent que toutes les modalités de l'entente sont mises en application et doivent identifier un répondant local de la gestion des vaccins.

Ils doivent également détenir une police d'assurance contre tout dommage ou perte causé aux vaccins dès la cueillette ou réception des vaccins.

Tout bris de la chaîne de froid ou autre incident survenu lors de l'entreposage ou la manutention des vaccins selon le PIQ doivent être signalés à la DSP. Les vaccins sont conservés selon les normes reconnues jusqu'à l'évaluation et la recommandation de la DSP.

Le volet GPI du SI-PMI, peut être utilisé pour commander et retourner les vaccins au DDR selon les modalités de la DSP.

Les vaccins reçus pour l'application du PQI ne peuvent être vendus, empruntés ou facturés. La facturation de l'acte de vaccination doit se faire, le cas échéant, en conformité avec les normes professionnelles auxquelles sont soumis les vaccinateurs.

9. COORDINATION ET CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Tous les répondants et les responsables provincial, régional et local doivent s'assurer à leur niveau de la qualité des vaccins et de l'efficacité de leur gestion. Ils doivent vérifier en particulier la tenue des inventaires, les conditions de conservation et de transport des vaccins et faire des inspections, des recommandations et, le cas échéant, prendre les sanctions requises, conformément aux normes établies et aux contrats relatifs à la gestion des vaccins.

Le «Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins» est l'outil de référence pour tout ce qui concerne les normes à appliquer pour assurer la qualité des vaccins.

N° dossier

Page

2015-020

5

10. IMPUTABILITÉ

De façon générale, les vaccins franchissent quatre étapes dans leur cheminement allant du fabricant et du fournisseur, au DDP de vaccins, au DDR puis au site de vaccination. Chaque intervenant est responsable à son niveau des vaccins dès que ces derniers sont cueillis ou réceptionnés selon les modalités établies par la DPSP.

Cette responsabilité s'applique également, le cas échéant, à un établissement de transit pour l'entreposage, intermédiaire entre DDR et le site de vaccination.

11. SITUATION D'URGENCE

Lorsque l'utilisation exceptionnelle de vaccins est nécessaire dans une région, la DSP fait une demande en ce sens à la DPSP. À la suite de son approbation, la DPSP organise la livraison des vaccins demandés avec le DDP.

12. COÛTS

Les coûts associés à la gestion administrative, financière et comptable des vaccins du PQI sont assumés par la DPSP.

Les coûts associés à la réception et l'entreposage des vaccins au DDP ainsi que leur distribution du DDR jusqu'à leur mise en inventaire sont également assumés à même les budgets prévus à cette fin par la DPSP du MSSS.

Les coûts associés à la gestion régionale des vaccins sont assumés par la DSP du CISSS ou du CIUSSS.

Les coûts associés à la gestion locale des vaccins sont assumés par les sites de vaccination publics et privés.

SUIVI

Pour toute information additionnelle, veuillez communiquer avec la Direction de la protection de la santé publique au 418 266-6720.

Le sous-ministre adjoint,

Original signé par

Horacio ARRUDA, M.D.

N° dossier

Page

2015-020

6

Annexe – 2 RÉFRIGÉRATEURS

Réfrigérateur spécialisé



- Conserver les vaccins entre 2 et 8 °C.
- Vérifier et noter les températures 2 fois par jour.
- Placer les vaccins dans des paniers troués et les regrouper par type de produits.
- Garder un espace de 5 à 8 cm entre les paniers.
- Placer en avant les vaccins dont la date de péremption est la plus proche ou qui ont subi un bris de la chaîne de froid.
- Conserver les produits dans leur boîte originale.
- Mettre un autocollant « ne pas débrancher » près de la prise électrique.
- Entreposer seulement des vaccins, pas de nourriture.

Réfrigérateur domestique



- Ne pas placer les vaccins dans la porte du réfrigérateur.
- Placer des bouteilles d'eau froide dans la porte et sur les tablettes.
- Placer des accumulateurs de froid de type ice packs dans le congélateur.
- Conserver les vaccins entre 2 et 8 °C.
- Vérifier et noter les températures 2 fois par jour.
- Placer les vaccins dans des paniers troués et les regrouper par type de produits.
- Garder un espace de 5 à 8 cm entre les paniers.
- Placer la sonde et la fiole de glycol au centre du réfrigérateur.
- Placer en avant les vaccins dont la date de péremption est la plus proche ou qui ont subi un bris de la chaîne de froid.
- Conserver les produits dans leur boîte originale.
- Mettre un autocollant « ne pas débrancher » près de la prise électrique.
- Entreposer seulement des vaccins, pas de nourriture.
- Retirer tous les tiroirs.

RELEVÉ DE TEMPÉRATURES DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS

Nom de l'établissement:

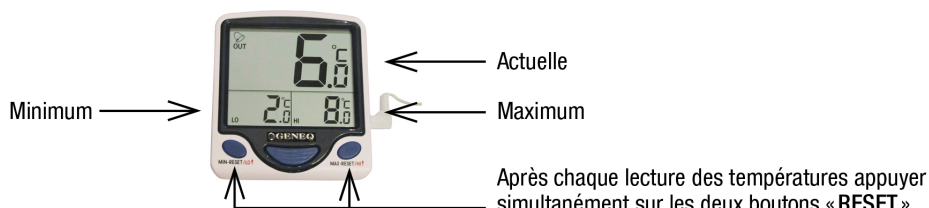
Code de l'établissement:

Mois:

Année:

Réfrigérateur (identification):

(localisation):



SI LA TEMPÉRATURE EST < 2 °C OU > 8 °C, SUIVRE LA PROCÉDURE EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID.

INSCRIRE LES TEMPÉRATURES ACTUELLE, MINIMALE ET MAXIMALE 2 FOIS PAR JOUR

Date	AM					PM					Commentaires
	Heure	Températures				Heure	Températures				
		Actuelle	Min.	Max.	Init.		Actuelle	Min.	Max.	Init.	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
Signature de la personne responsable :										Date :	JJ / MM / AA

Conserver les grilles de température pour une durée de 4 ans.

RELEVÉ DE TEMPÉRATURES DES VACCINS CONGELÉS

Nom de l'établissement:		
Code de l'établissement:	Mois:	Année:
Congélateur (identification):		(localisation):

SI LA TEMPÉRATURE EST HORS NORMES, SUIVRE LA PROCÉDURE EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID.

Cocher la température du congélateur : Congélation entre -25 et -15 °C Congélation entre -80 et -60 °C

INSCRIRE LES TEMPÉRATURES ACTUELLE, MINIMALE ET MAXIMALE 2 FOIS PAR JOUR

Date	AM					PM					Commentaires
	Températures					Températures					
	Heure	Actuelle	Min.	Max.	Init.	Heure	Actuelle	Min.	Max.	Init.	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

Signature de la personne responsable :

Date : JJ / MM / AA

Conserver les grilles de température pour une durée de 4 ans.

Annexe – 4 TEST À LA BARBOTINE

Il est recommandé de remplacer annuellement les dispositifs de surveillance de la température ou de les faire étalonner 1 fois par année, et ce, par un spécialiste ou selon les recommandations du fabricant. Une fois l'étalonnage réalisé, le spécialiste procédera à l'ajustage, s'il y a lieu, selon les normes du Conseil national de recherches Canada (CNRC). À titre informatif, le site Internet du CNRC présente la [liste des laboratoires d'étalonnage accrédités au Québec](#).

Pour les dispositifs de surveillance équipés d'une sonde et d'une fiole de glycol, un test à la barbotine² peut être effectué en cas de doute sur la précision d'un enregistrement de température ou à la suite d'un changement de pile ou d'un choc subi par le dispositif.

Procédure :

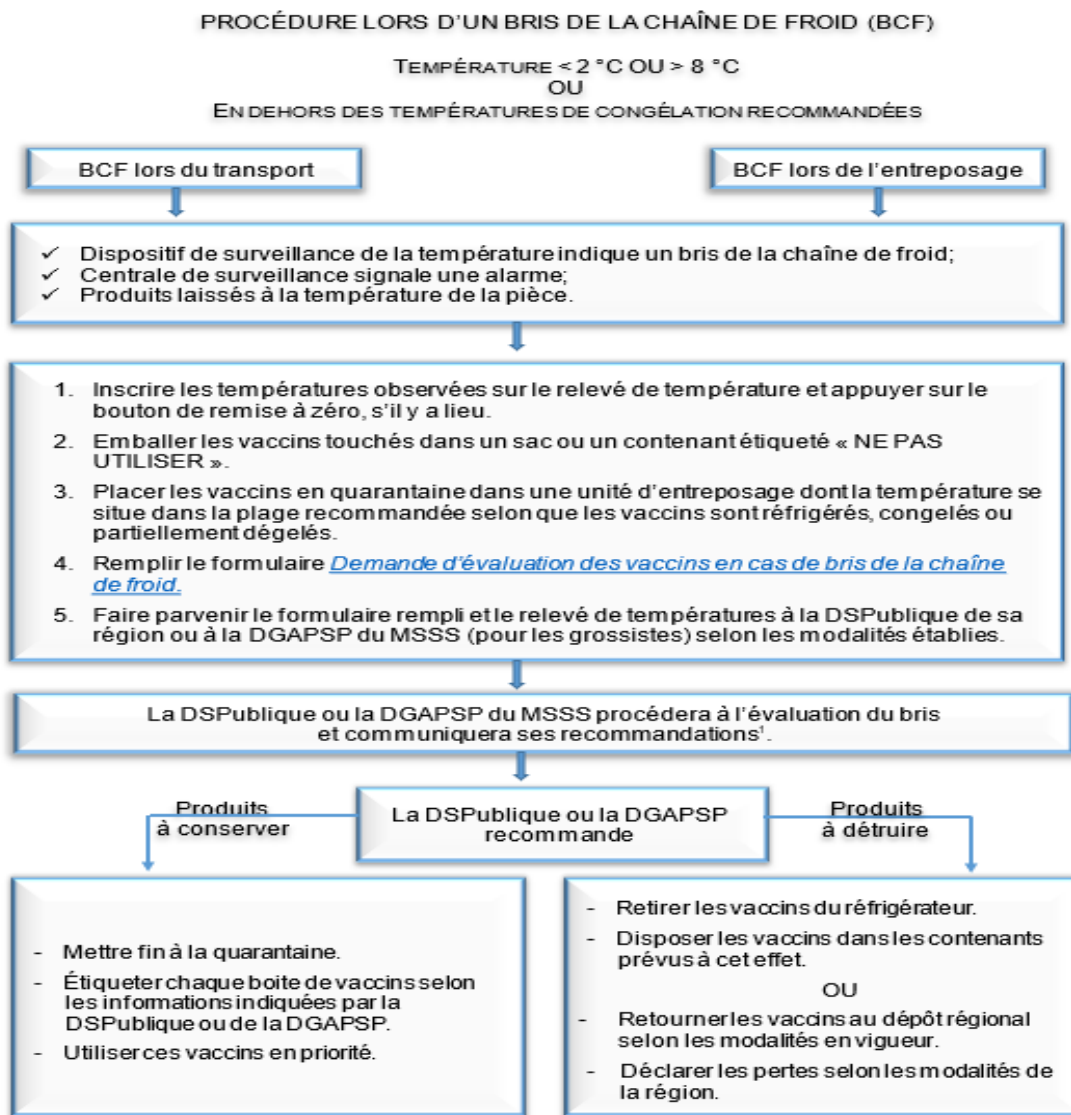
1. Remplir aux $\frac{3}{4}$ un verre de styromousse ou de plastique avec de l'eau froide. Placer le verre au congélateur jusqu'à l'apparition d'une fine couche de glace à la surface et de petits morceaux de glace dans le liquide (environ 2 h 30). La présence de glace indique que la température du mélange a atteint le point de congélation (0 °C).
2. Placer la sonde au milieu du verre (sans qu'elle touche aux parois).
3. Vérifier la température au bout de 2 minutes. Elle devrait être descendue à 0 °C.

Les dispositifs de surveillance ont une précision d'étalonnage de ± 1 °C. Si la température se situe à plus de 1 °C ou au-dessous de 0 °C après 2 minutes, il faut remplacer la pile et refaire le test. Si le relevé ne se situe pas dans la plage recommandée, selon le cas, le dispositif doit être remplacé ou être étalonné et ajusté par un spécialiste. Les vaccins, quant à eux, doivent être mis en quarantaine dans un autre réfrigérateur, et la procédure en cas de bris de la chaîne de froid doit être entreprise.

Les mesures d'entretien qui ont été prises doivent être consignées dans un rapport d'entretien des réfrigérateurs et des dispositifs de surveillance de la température.

² Ce test a été validé par le CNRC (programme Soutien scientifique au système national de mesure).

Annexe – 5 PROCÉDURE EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID



¹ Pour les utilisateurs de l'application SI-PMI, [veuillez vous](#) référer aux modalités régionales.

[Formulaire de demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne de froid](#)

Annexe – 6 *ENTRETIEN DU MATÉRIEL*

2 fois par année

<input type="checkbox"/>	Nettoyer l'intérieur du réfrigérateur
<input type="checkbox"/>	Nettoyer les serpentins et le moteur du réfrigérateur
<input type="checkbox"/>	Vérifier l'étanchéité de la porte
<input type="checkbox"/>	Vérifier (test) si le système est relié à la centrale téléphonique ou au système de surveillance en ligne

1 fois par année

<input type="checkbox"/>	Vérifier l'état du dispositif de surveillance de la température, de la sonde et de la fiole de glycol
<input type="checkbox"/>	Étalonner ou remplacer le dispositif
<input type="checkbox"/>	Changer la pile du dispositif

Tous les 2 ans

<input type="checkbox"/>	Faire inspecter le réfrigérateur par un technicien spécialisé en réfrigération
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Annexe – 7 MATÉRIEL REQUIS POUR UNE SÉANCE DE VACCINATION À L'EXTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

<input type="checkbox"/>	Dossier et carnet de vaccination de la personne	
<input type="checkbox"/>	Liste des personnes à vacciner	
<input type="checkbox"/>	Ordinateur, si disponible	
<input type="checkbox"/>	Matériel requis pour l'emballage des vaccins	
<input type="checkbox"/>	Enregistreur de données numériques ou thermomètre numérique minima-maxima	
<input type="checkbox"/>	Contenant isolant, sacs réfrigérants (<i>gel packs</i>) et accumulateurs de froid (<i>ice packs</i>) additionnels	
<input type="checkbox"/>	Vaccins et diluants	
<input type="checkbox"/>	Seringues stériles	
<input type="checkbox"/>	Aiguilles stériles (de calibre et de longueur appropriés pour le vaccin à administrer)	
<input type="checkbox"/>	Tampons antiseptiques	
<input type="checkbox"/>	Tampons d'ouate ou compresses	
<input type="checkbox"/>	Diachylons	
<input type="checkbox"/>	Contenant pour déchets biomédicaux rigide, étanche, scellé et résistant à la perforation	
<input type="checkbox"/>	Trousse d'urgence : <ul style="list-style-type: none"> – Sphygmomanomètre avec brassards de différentes grandeurs – Stéthoscope – Seringues à tuberculine de 1 ml avec aiguilles – Aiguilles de calibre 25, de 2,2 à 2,5 cm (de 7/8 à 1½ po) de longueur – Tampons antiseptiques – 2 ampoules d'adrénaline (1:1000) et le matériel requis pour injecter ce produit – Fiches d'enregistrement des médicaments – Protocole de traitement dans le cas d'anaphylaxie en milieu non hospitalier – Canules oropharyngées (tubes de Guedel), de grandeurs 0, 1, 2, 3 et 4 (facultatif) – Masques de différentes grandeurs et respirateur manuel de type Ambu (facultatif) 	<div style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 15px; background-color: #e6f2ff; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Le contenu de la trousse d'urgence doit être vérifié régulièrement, en particulier la quantité d'adrénaline et les dates de péremption.</p> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 15px; background-color: #e6f2ff; padding: 10px;"> <p>Le vaccinateur doit garder la trousse à portée de main et avoir accès à un téléphone facilement.</p> </div>

Annexe – 8 PRÉPARATION DU MATÉRIEL D'EMBALLAGE EN MODE RÉFRIGÉRATION

<input type="checkbox"/>	Déterminer le type et le format du contenant isolant selon le volume de l'envoi et les vaccins à envoyer
<input type="checkbox"/>	Si un contenant de styromousse est utilisé, prévoir une boîte de carton pour le transport aérien ou, au besoin, pour protéger le contenant
<input type="checkbox"/>	Prévoir une quantité suffisante : <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'accumulateurs de froid (<i>ice packs</i>) ▪ de sacs réfrigérants (<i>gel packs</i>) ▪ de papier bulle ▪ de papier chiffonné
<input type="checkbox"/>	Réfrigérer les diluants au moins 24 heures avant de les insérer dans l'emballage
<input type="checkbox"/>	Réfrigérer les sacs réfrigérants au moins 4 heures avant de les utiliser
<input type="checkbox"/>	Réfrigérer le dispositif de surveillance de la température : <ul style="list-style-type: none"> ▪ enregistreur de données numériques et thermomètre numérique minima-maxima avec sonde et fiole de glycol : minimum 4 heures ▪ enregistreur de données numériques et thermomètre numérique minima-maxima avec capteur (sans sonde) : minimum 1 heure ▪ indicateurs de chaleur ou de gel : voir les indications du fabricant
<input type="checkbox"/>	Réfrigérer le contenant isolant selon l'une des 2 options suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ placer des accumulateurs de froid congelés à l'intérieur du contenant pendant 1 heure, puis les retirer avant de procéder à l'emballage ▪ placer le contenant au réfrigérateur au moins 30 minutes avant l'emballage
<input type="checkbox"/>	Laisser les accumulateurs de froid congelés à la température ambiante pendant un minimum de 30 minutes avant leur utilisation, jusqu'à ce que de l'eau ou de la buée apparaisse à la surface
<input type="checkbox"/>	Insérer au besoin les accumulateurs de froid congelés dans des sacs en plastique refermables
<input type="checkbox"/>	S'assurer que les vaccins à emballer correspondent à la liste des vaccins demandés ou des vaccins à transporter
<input type="checkbox"/>	Si, exceptionnellement, des vaccins ne peuvent pas être transportés dans leur boîte d'origine, les insérer dans des sacs opaques refermables afin de diminuer leur déplacement dans le colis et de les protéger de la lumière
<input type="checkbox"/>	Préparer l'étiquette pour le colis

Annexe – 9 PROCÉDURE D'EMBALLAGE DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS

<input type="checkbox"/>	Selon sa grosseur, placer au fond du contenant isolant un ou plusieurs accumulateurs de froid (<i>ice packs</i>) congelés entre -10 et -20 °C
<input type="checkbox"/>	Placer du papier bulle entre les accumulateurs de froid et les sacs réfrigérants (<i>gel packs</i>)
<input type="checkbox"/>	Placer les sacs réfrigérants dans le contenant isolant de manière à recouvrir le fond, les côtés et le dessus
<input type="checkbox"/>	Placer les vaccins au milieu des sacs réfrigérants
<input type="checkbox"/>	S'il y a lieu, activer les indicateurs de chaleur ou de gel
<input type="checkbox"/>	Insérer le dispositif de surveillance de la température selon le type utilisé : <ul style="list-style-type: none"> ▪ indicateurs de chaleur ou de gel : les coller sur une boîte de vaccin au centre de l'emballage ▪ dispositif de surveillance avec sonde et fiole de glycol : insérer la fiole de glycol dans une boîte de vaccin vide et la disposer au centre des vaccins. Mettre le dispositif sur le dessus du papier chiffonné ou à l'extérieur de la boîte en s'assurant que le bouton de remise à zéro (<i>reset</i>) n'est pas enfoncé ▪ dispositif de surveillance avec capteur (sans sonde) : le disposer au centre des vaccins de façon que les boutons ne soient pas enfoncés. Au besoin, l'insérer dans une enveloppe matelassée S'assurer que le dispositif ne touche ni à un accumulateur de froid ni à une paroi du contenant isolant
<input type="checkbox"/>	Recouvrir le dessus des vaccins avec des sacs réfrigérants et du papier bulle
<input type="checkbox"/>	Déposer le nombre requis d'accumulateurs de froid congelés (généralement, 1 ou 2) dans le contenant isolant
<input type="checkbox"/>	Couvrir le tout de papier chiffonné de manière à empêcher le déplacement des accumulateurs de froid, des sacs réfrigérants et des vaccins, tout en permettant une certaine circulation de l'air
	<div style="border: 1px solid #0070C0; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #D9E1F2;"> <p>Bien emballer les vaccins pour prévenir les risques de bris de la chaîne de froid.</p> </div>
<input type="checkbox"/>	Insérer le bordereau de livraison dans le contenant isolant, s'il y a lieu
<input type="checkbox"/>	Bien refermer le contenant isolant et fixer le couvercle avec du ruban adhésif, s'il y a lieu
<input type="checkbox"/>	Si le contenant est en styromousse, le déposer au besoin dans une boîte de carton et bien sceller la boîte avec du ruban adhésif. Déposer en tout temps le contenant de styromousse dans une boîte de carton lors d'un transport aérien
<input type="checkbox"/>	Indiquer sur l'étiquette la date et l'heure de fermeture du colis, puis l'apposer sur ce dernier. Si possible, placer l'étiquette sur le dessus du colis
<input type="checkbox"/>	Procéder à l'envoi dans les plus brefs délais

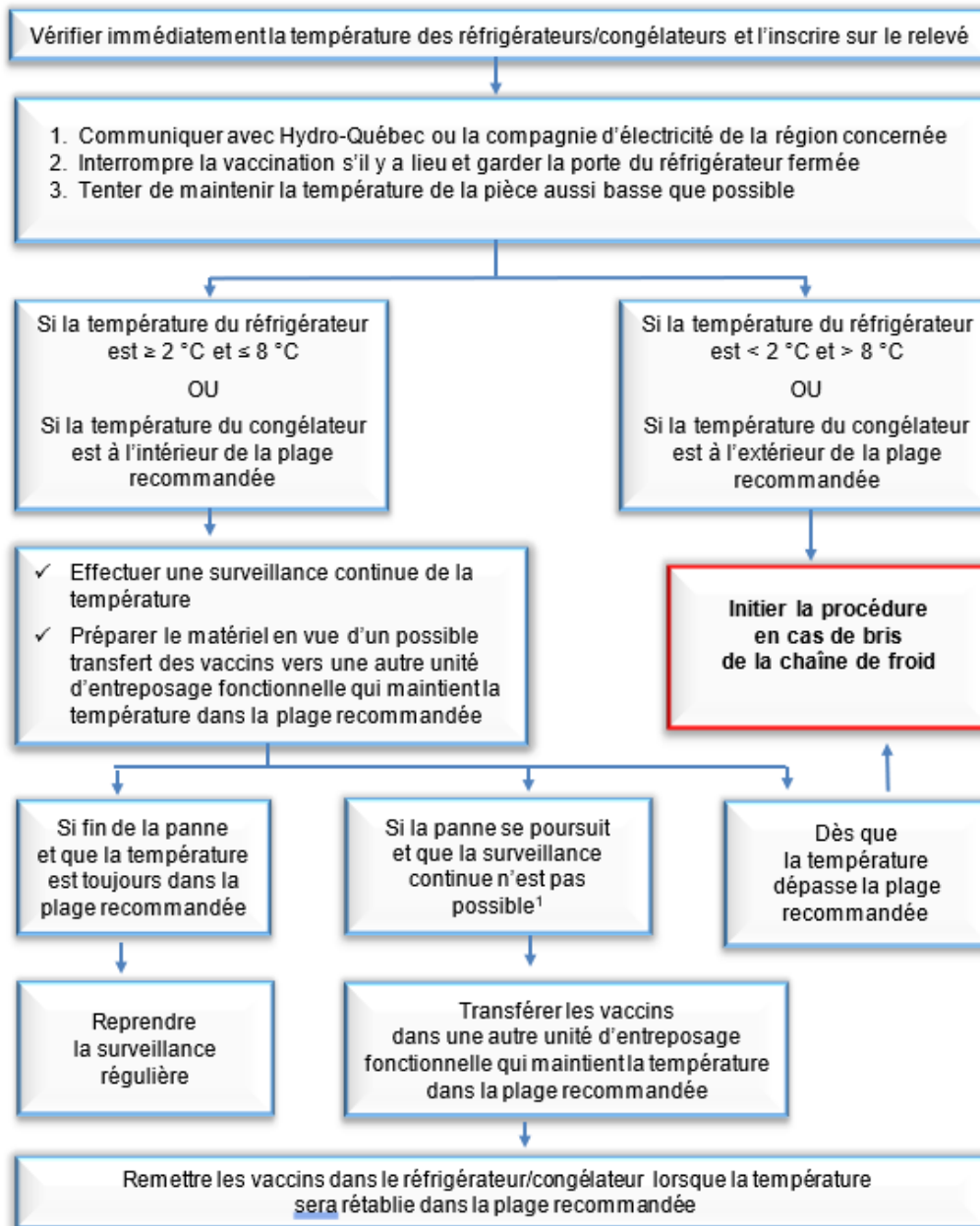
Tester l'emballage et ajuster les quantités de matériel selon la durée du transport, la quantité de vaccins, la grosseur du contenant isolant et les températures extérieures.

Annexe – 10 *PROCÉDURE DE RÉCEPTION DES VACCINS RÉFRIGÉRÉS*

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nommer une personne responsable de la réception des produits et une personne formée en cas d'absence de la personne responsable |
| <input type="checkbox"/> | Assurer un suivi du colis à partir du moment de la livraison jusqu'à la réception en mains propres par la personne responsable |
| <input type="checkbox"/> | Examiner, dès la réception, l'état du colis pour déceler tout signe d'altération lors du transport |
| <input type="checkbox"/> | Ouvrir rapidement le contenant isolant et observer la façon dont l'emballage a été fait |
| <input type="checkbox"/> | S'il y a lieu, arrêter l'enregistreur de données numériques et observer la présence ou non d'une alarme |
| <input type="checkbox"/> | Vérifier l'état des indicateurs de chaleur ou de gel ou les températures du thermomètre numérique minima-maxima ou la présence d'une alarme sur l'enregistreur de données numériques |
| <input type="checkbox"/> | S'il y a eu excursion des températures en dehors des températures de conservation, examiner les produits, à la recherche de gel apparent, de particules ou de solution brouillée |
| <input type="checkbox"/> | Vérifier que les vaccins reçus correspondent au bordereau de livraison, s'il y a lieu |
| <input type="checkbox"/> | Réfrigérer les vaccins sans délai en fonction des dates de péremption afin d'assurer leur rotation. Les produits dont les dates de péremption sont les plus proches ou qui ont déjà subi un bris de la chaîne de froid doivent être placés en avant |
| <input type="checkbox"/> | Si un enregistreur numérique a été utilisé, se référer à la procédure régionale pour connaître qui doit en faire la lecture |
| <input type="checkbox"/> | Si les indicateurs de chaleur ou de gel affichent un écart des températures, entreprendre la procédure en cas de bris de la chaîne de froid |
| <input type="checkbox"/> | Pour toute anomalie lors de la réception des vaccins, communiquer avec la direction de santé publique de sa région ou le grossiste pour les pharmacies communautaires. |

Annexe – 11 PROCÉDURE EN CAS DE PANNE D'ÉLECTRICITÉ

PROCÉDURE EN CAS DE PANNE ÉLECTRIQUE



¹. Le maintien de la température stable est variable d'une unité d'entreposage à l'autre et ce, en raison de différents facteurs, par exemple, le type de réfrigérateur/congérateur, le nombre de vaccins.

Annexe – 12 PLAN DE RELÈVE

Plan de relève

- Présence d'une procédure écrite en cas de panne d'électricité ou de bris de la chaîne de froid durant les heures d'ouverture de l'établissement.
- Présence d'une procédure écrite en cas de panne d'électricité ou de bris de la chaîne de froid en dehors des heures d'ouverture de l'établissement.
- Présence du matériel nécessaire pour l'application du protocole (contenants isolants, accumulateurs de froid [*ice packs*], réfrigérateur de dépannage, etc.).

Informations importantes

Personne responsable des vaccins en cas de panne d'électricité durant les heures d'ouverture de l'établissement :	Nom : _____ Tél. : _____
Personne responsable des vaccins en cas de panne d'électricité en dehors des heures d'ouverture de l'établissement :	Nom : _____ Tél. : _____
Personne de l'établissement à appeler en cas de bris de la chaîne de froid :	Nom : _____ Tél. : _____
2 ^e intervenant en cas de non-réponse pour les situations ci-dessus mentionnées :	Nom : _____ Tél. : _____
Hydro-Québec :	Nom : _____ Tél. : _____
Compagnie d'entretien de l'unité d'entreposage des vaccins (réfrigérateur ou congélateur) :	Nom : _____ Tél. : _____
Répondant de la gestion des vaccins de la Direction de santé publique :	Nom : _____ Tél. : _____
Dépositaire et distributeur régional ou grossiste :	Nom : _____ Tél. : _____

Annexe - 13 NOUVEAU SITE DE VACCINATION : AIDE-MÉMOIRE

Exigences

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pour tout site autre qu'une pharmacie communautaire, avoir une entente signée avec la direction de santé publique de sa région |
| <input type="checkbox"/> | Posséder une assurance couvrant les pertes éventuelles de vaccins en cas de bris de la chaîne de froid |
| <input type="checkbox"/> | Nommer une personne responsable de la gestion des vaccins et un substitut |
| <input type="checkbox"/> | Posséder le matériel requis pour la conservation des vaccins |

Matériel

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <i>Protocole d'immunisation du Québec</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins</i> |
| <input type="checkbox"/> | Relevés de températures |
| <input type="checkbox"/> | Bon de commande de vaccins selon les modalités régionales |
| <input type="checkbox"/> | Bordereaux de vaccination selon les modalités régionales |
| <input type="checkbox"/> | <u>Formulaire de déclaration de manifestations cliniques survenues après une vaccination</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>Formulaire de demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne de froid</u> |
| <input type="checkbox"/> | Réfrigérateur respectant les normes |
| <input type="checkbox"/> | Dispositif de surveillance de la température respectant les normes dans chaque réfrigérateur pouvant contenir des vaccins |
| <input type="checkbox"/> | Unité d'entreposage de dépannage en cas de mauvais fonctionnement du réfrigérateur principal (réfrigérateur ou glacière) |
| <input type="checkbox"/> | Accumulateurs de froid congelés (<i>ice packs</i>) |
| <input type="checkbox"/> | Accumulateurs de froid ou bouteilles d'eau froide et sacs réfrigérants (<i>gel packs</i>) |
| <input type="checkbox"/> | Matériel nécessaire pour la vaccination |
| <input type="checkbox"/> | <u>Matériel en cas d'anaphylaxie</u> |

Matériel additionnel lorsque la quantité de vaccins le justifie

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Génératrice |
| <input type="checkbox"/> | Système d'alarme relié à une centrale téléphonique ou un système de surveillance en ligne |

Documents devant être conservés et disponibles en tout temps

- | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Preuve d'assurance, s'il y a lieu |
| <input type="checkbox"/> | Fiche d'entretien du réfrigérateur/congélateurs et des dispositifs de surveillance de la température |
| <input type="checkbox"/> | Fiche d'étalonnage des dispositifs de surveillance |
| <input type="checkbox"/> | Relevés de températures (à conserver pendant 4 ans) |

RELEVÉ DE TEMPÉRATURES DES VACCINS CONGELÉS

Nom de l'établissement :

Code de l'établissement :

Mois :

Année :

Congélateur (identification) :

(localisation) :



Après chaque lecture des températures appuyer simultanément sur les deux boutons « RESET »

SI LA TEMPÉRATURE EST HORS NORMES, SUIVRE LA PROCÉDURE EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID.

Cocher la température du congélateur : Congélation entre -25 et -15 °C Congélation entre -80 et -60 °C

INSCRIRE LES TEMPÉRATURES ACTUELLE, MINIMALE ET MAXIMALE 2 FOIS PAR JOUR

Date	AM					PM					Commentaires
	Heure	Températures				Heure	Températures				
		Actuelle	Min.	Max.	Init.		Actuelle	Min.	Max.	Init.	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

Signature de la personne responsable :

Date :

JJ / MM / AA

Conserver les grilles de température pour une durée de 4 ans.

VACCINS

**NE PAS CONGELER,
RÉFRIGÉRER DÈS RÉCEPTION**

Date de fermeture du colis : _____

Heure de fermeture du colis : _____

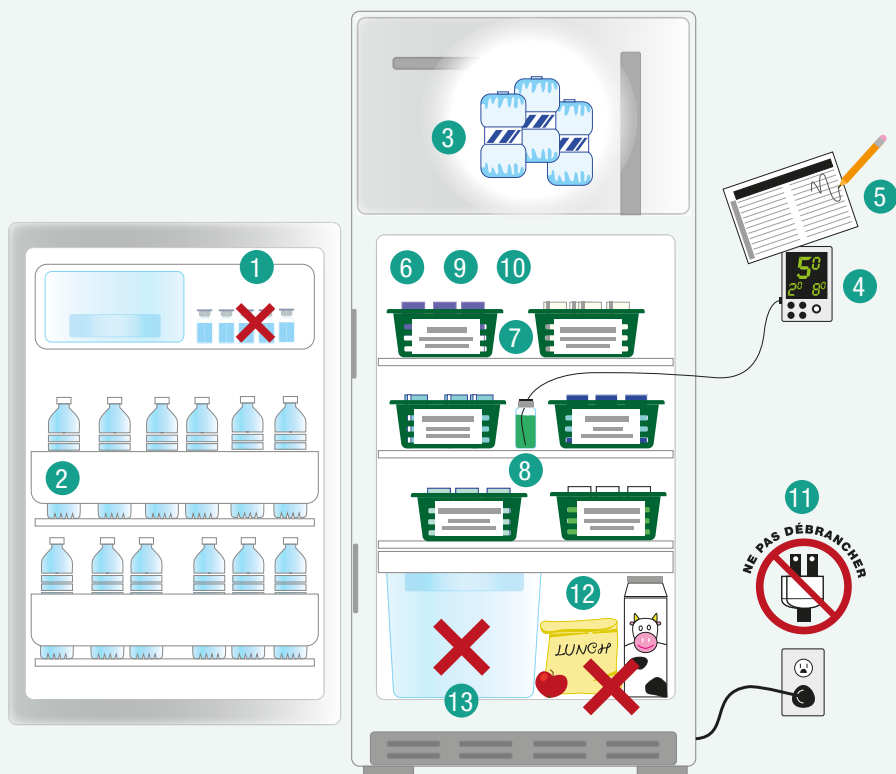
VACCINS

**NE PAS CONGELER,
RÉFRIGÉRER DÈS RÉCEPTION**

Date de fermeture du colis : _____

Heure de fermeture du colis : _____

Règles d'entreposage des vaccins dans un réfrigérateur domestique



- 1 Ne pas placer les vaccins dans la porte du réfrigérateur.
- 2 Placer des bouteilles d'eau froide dans la porte et sur les tablettes.
- 3 Placer des accumulateurs de froid dans le congélateur.
- 4 Conserver les vaccins entre 2 °C et 8 °C.
- 5 Vérifier et noter les températures 2 fois par jour.
- 6 Placer les vaccins dans des paniers troués et les identifier par type de produits.
- 7 Garder un espace de 5 à 8 cm entre les paniers.
- 8 Placer la sonde et la fiole de glycol au centre du réfrigérateur.
- 9 Placer en avant les vaccins dont la date de péremption est la plus proche ou ayant subi un bris de la chaîne de froid.
- 10 Conserver les produits dans leur boîte originale.
- 11 Mettre un autocollant « Ne pas débrancher » près de la prise électrique.
- 12 Entreposer seulement des vaccins, pas de nourriture.
- 13 Retirer tous les tiroirs.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ÉVALUATION DE PRODUITS IMMUNISANTS EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID (BCF)

À remplir au moment de la découverte du BCF
et acheminer au répondant régional de la gestion des produits immunisants

Date du signalement : / /
Année Mois Jour

1. Identification

Établissement public Établissement privé

A) Requérent

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Courriel : _____ Télécopieur : _____

B) Établissement/Clinique/Autre

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Courriel : _____ Télécopieur : _____

C) Responsable administratif (suivi de facturation)

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

Code postal : _____

Courriel : _____

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE TOUS LES PRODUITS IMMUNISANTS VISÉS PAR L'INCIDENT
SOIENT CONSERVÉS AU RÉFRIGÉRATEUR ENTRE 2 °C ET 8 °C ET MIS EN QUARANTAINE
JUSQU'À LA RÉCEPTION DU RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION
PAR LA DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE (DRSP).

3. Description du bris de la chaîne de froid

A) Dernières date, heure et température minimale et maximale inscrites sur le relevé de température où ces dernières se situaient entre 2 °C et 8 °C avant le BCF

Date : / / Heure : Réfrigérateur : minimale :
 Année Mois Jour
 maximale :

B) Date, heure et température au moment où la température était < 2 °C ou >8 °C, soit hors norme

Date : / / Heure :
 Année Mois Jour

Température de la pièce : °C

Température du réfrigérateur : Actuelle (courante) : °C Minimale : °C Maximale : °C

C) Date et heure où les produits immunisants ont été remis dans un réfrigérateur à une température entre 2 °C et 8 °C ou emballés adéquatement dans une glacière (fin du BCF)

Date : / / Heure :
 Année Mois Jour

D) Type de thermomètres/indicateurs de température utilisé

- Thermomètre à enregistrement graphique Thermomètre minima-maxima avec sonde dans le glycol
- Thermomètre numérique intégré au réfrigérateur avec ou sans sonde Indicateur de chaleur
- Enregistreur numérique (Temptale) Indicateur de froid
- Autre, préciser : _____

E) Lecture des indicateurs de froid et de chaleur utilisés lors du transport, s'il y a lieu

Froid : Chaleur :

ACHEMINEZ UNE COPIE DU DERNIER RELEVÉ DE TEMPÉRATURE.
S'IL S'AGIT D'UN THERMOMÈTRE À ENREGISTREMENT GRAPHIQUE,
TRANSMETTRE EN PLUS UNE COPIE DE LA FEUILLE GRAPHIQUE.

POUR USAGE DE LA DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

Date du début du BCF : / / Heure du début du BCF :
(voir 3A) Année Mois Jour

Date de fin du BCF : / / Heure de fin du BCF :
(voir 3C) Année Mois Jour

Durée approximative du BCF : Jours : Heures :

ID du BCF :

Marge d'erreur du thermomètre en °C :

4. État du (des) produit(s)

- Intact Gel apparent
 Boîte(s) endommagée(s) Présence de particules ou de solution brouillée
 Autre, préciser : _____
-

5. Information complémentaire en cas de réclamation à l'assureur

Description du réfrigérateur, s'il y a lieu :

Domestique Commercial

Marque : Modèle : Année :

Date du dernier entretien : / /
 Année Mois Jour

Réparation du réfrigérateur à la suite du bris de la chaîne de froid : Oui Non

Date de la réparation : / / Nature de la réparation :
 Année Mois Jour

Date de toute autre intervention : / / Intervention effectuée :
 Année Mois Jour

Si une réparation a été effectuée, conservez les pièces justificatives incluant les pièces défectueuses remplacées pour l'enquête et l'expertise de la réclamation.

6. Information à remplir par les établissements privés (ne faisant pas partie de l'AQESSS)

Site assuré contre la perte de produits immunisants : Oui Non

Si oui, montant de la franchise de l'assurance (\$) :

Dans le réfrigérateur, valeur totale des vaccins achetés sur le marché privé : \$

La valeur des vaccins provenant du Ministère sera calculée par la DRSP

7. Grille d'inventaire des produits immunisants touchés par le bris de la chaîne de froid

Nom de l'établissement : _____

Date de l'incident : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

Code de l'établissement : _____ Identification du réfrigérateur : _____ Localisation : _____

Date du signalement : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

Section réservée au requérant										Section réservée au répondant de la DSP pour évaluation ¹					
Nom commercial	Format	N° lot	Date d'expiration	Quantité en doses ²	Fiole multidose		Vaccin public (√)	Vaccin privé (√)	Date du bris antérieur/ T°/durée (s'il y a lieu)	N° produit SigmaSanté	Code de produit SI-PMI	Produits à conserver ³ (√)	Produits à détruire (√)	Coûts estimés (\$)	
					Fiole complète non entamée	# doses restantes dans fiole entamée									
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Signature du requérant : _____												Signature de l'évaluateur à la DSP : _____		TOTAL (\$)	

1. Création d'un BCF dans SI-PMI, selon les modalités de la région.
2. Nombre de doses touchées par le BCF (excluant les fioles multidoses).
3. Inscrire sur chaque dose de vaccin : 1^{er}, 2^e ou 3^e bris, la date, la température et la durée de l'exposition
OU
Inscrire sur chaque dose de vaccin, le sous-lot produit par SI-PMI + numéro d'identité fourni par la DSP.

Faire parvenir les sections 1 à 6 du présent formulaire dûment remplies à la Direction régionale de santé publique de votre région.

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ÉVALUATION DE PRODUITS IMMUNISANTS
EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID (BCF)**

GUIDE D'UTILISATION

1. Identification

Date du signalement	Date à laquelle l'incident a été signalé à la Direction de santé publique. Le formulaire doit être rempli au même moment que le signalement et acheminé au répondant régional de la gestion des produits immunisants.
Nom et coordonnées du requérant	Nom, numéro de téléphone, de télécopieur et courriel de la personne qui fait le signalement.
Nom et coordonnées de l'établissement/clinique/autre	Nom et adresse complète du lieu de l'incident.
Nom et coordonnées du responsable administratif pour facturation	Nom, numéro de téléphone, de télécopieur, code postal, et adresse courriel de la personne à qui sera acheminée la facturation, s'il y a lieu.

2. Incident

A) Description de l'incident	
Date et heure du début de l'incident	Préciser l'année, le mois, le jour, l'heure (de 0 à 24 heures) du début de la cause de l'incident, si connue.
Date et heure de la fin de l'incident	Préciser l'année, le mois, le jour, l'heure (de 0 à 24 heures) de la fin de la cause de l'incident, si connue.
B) Circonstances de l'incident	
Lors du transport	Si l'incident est survenu lors du transport : Préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle les produits immunisants ont été emballés pour le transport. Préciser aussi que l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle les produits immunisants ont été déballés et mis dans un réfrigérateur qui maintient la température dans la norme.
Lors de l'entreposage	Cocher si l'incident est survenu lors de l'entreposage (bris du réfrigérateur, porte du réfrigérateur laissée ouverte, produits immunisants trouvés sur un comptoir, etc.).
Autre	Préciser toute autre circonstance de l'incident.
C) Causes de l'incident	
Cause de l'incident	Cocher la case correspondant à la cause probable. S'il s'agit d'une cause autre que celles énumérées, cocher <i>Autre</i> , et préciser.
Autre information pertinente	Préciser toute autre information pertinente liée à la cause de l'incident.
Panne électrique	Préciser la cause de la panne, par exemple : coupure par la compagnie d'électricité ou coupure planifiée par l'établissement, etc.

3. Description du bris de la chaîne de froid	
A) Dernière date, heure et température minimale et maximale inscrites sur le relevé des lectures de température où ces dernières se situaient dans la norme entre 2°C et 8°C avant le BCF	<p>Préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) de la dernière inscription sur la feuille de relevé de température du réfrigérateur.</p> <p>Préciser la dernière température minimale et maximale notée sur la feuille de relevé de température du réfrigérateur qui se situait dans la norme entre 2°C et 8°C avant le BCF.</p>
B) Date et heure et température au moment où la température était < 2°C ou > 8°C, soit hors norme	Préciser l'année, le mois, le jour, l'heure (de 0 à 24 heures) lors de la découverte de l'incident.
C) Date et heure où les produits immunisants ont été remis à une température entre 2°C et 8°C ou emballés adéquatement dans une glacière (fin du BCF)	<p>Préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle les produits immunisants ont été déplacés dans un autre réfrigérateur ou dans une glacière qui maintient la température dans la norme.</p> <p>Si les produits immunisants sont demeurés dans le réfrigérateur qui affiche une température hors norme, préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle la température minimale et maximale du réfrigérateur sont revenues dans la norme.</p>
D) Type de thermomètre/indicateurs de température utilisé	Préciser s'il s'agit d'un thermomètre à enregistrement graphique, un thermomètre digital minima-maxima, numérique.
E) Lecture des indicateurs chimiques	Si des indicateurs de gel et de chaleur ont été utilisés lors du transport, décrire le résultat de la vérification de ces indicateurs.

À l'usage de la Direction régionale de santé publique

Durée approximative du BCF	<p>Calculer l'intervalle entre la date et l'heure inscrites au point 3A et celles inscrites au point 3C. Ex. : intervalle entre le 16 mai à 16 h et le 17 mai à 17 h = 25 h.</p> <p>La DSP procédera au calcul de la durée approximative du BCF en fonction des circonstances de l'incident.</p>
-----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. État du (des) produit(s)

État du (des) produits(s)	Cocher l'état du (des) produit(s) au moment de la découverte de l'incident.
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

5. Information complémentaire en cas de réclamation à l'assureur

Description du réfrigérateur	Décrire le réfrigérateur en cause (s'il y a lieu) et indiquer l'information pertinente sur celui-ci si des réparations ont été effectuées.
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. Information à remplir par les établissements privés (ne faisant pas partie de l'AQESSS)

Montant de la franchise de l'assurance	Préciser si le site est assuré contre la perte de produits immunisants. Si oui, préciser le montant de la franchise de l'assurance.
Valeur totale en \$ des vaccins achetés sur le marché privé	Préciser en \$ la valeur des vaccins privés.

7. Grille d'inventaire des produits immunisants touchés par le bris de la chaîne de froid

Si applicable, inscrire en haut de la grille le code de l'établissement, l'identification et la localisation du réfrigérateur.

Remplir la section du requérant en indiquant : le nom commercial du produit, le format, le n° de lot, la date d'expiration, la quantité en doses des produits impliqués ainsi que le nombre de doses restantes dans une fiole multidose.

Cocher *vaccin public* si les vaccins proviennent de la santé publique ou *vaccin privé* s'il s'agit d'un achat.

Préciser la date, la température et la durée du bris antérieur, s'il y a lieu.

La personne qui a rempli cette grille doit apposer sa signature au bas de celle-ci.

**Transmettre le formulaire rempli et une copie de la feuille des relevés
des dernières lectures de température, le plus rapidement possible
à la direction régionale de santé publique**

par télécopieur : _____

ou

par courriel : _____

Émission : 2021-01-08

Mise à jour : 2021-07-14

Directive ministérielle

DGAUMIP-
013.REV1

Catégorie(s) :
 ✓ Urgence
 ✓ Préhospitalier
 ✓ Transferts

Transfert des patients entre les services préhospitaliers d'urgence et les salles d'urgence

Remplace la directive
DGAUMIP-013 émise le
8 janvier 2021

Expéditeur : Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique (DGAPUAC)



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

- Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG);
- Directeurs des services professionnels (DSP);
- DMR des établissements.

Directive

Objet :	<p>L'objectif de ces directives est d'assurer la prise en charge sécuritaire des patients entre les services préhospitaliers d'urgence (SPU) et les salles d'urgence, et ce, dans le contexte actuel de responsabilité partagée entre les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) et le personnel de l'urgence lors de l'arrivée du patient dans le centre hospitalier. Il s'agit également d'assurer un transfert efficace des patients aux points de transition, notamment en ce qui concerne la prévention des infections dans un contexte pandémique.</p> <p>Cette présente directive constitue un rappel de la lettre envoyée le 7 avril 2020 (ci-jointe).</p>
Mesures à implanter :	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'assurer d'informer les intervenants du préhospitalier de toute modification aux accès à la salle d'urgence. 2. Informer les intervenants du préhospitalier de la trajectoire pour la clientèle suspectée ou confirmée de la COVID-19. Un préavis à la salle d'urgence (10-10) sera effectué par les TAP pour tous les cas instables, suspectés ou confirmés de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI). 3. Assurer, dans la mesure du possible, lorsque le véhicule ambulancier arrive au centre hospitalier, une prise en charge immédiate du patient par le personnel de l'urgence. Les véhicules ou civières des TAP ne doivent pas être utilisés comme air d'attente, pré ou post triage. 4. Prendre en charge le patient instable transporté dès l'arrivée de celui-ci, par une équipe du centre hospitalier avec l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié afin de réduire les délais et minimiser les risques infectieux. 5. Le triage des patients, peu importe leur condition, devrait s'effectuer dans un endroit où le principe de distanciation physique peut être respecté, et ce, hors du module de soins de l'ambulance. Les rapports préhospitaliers (AS-803 et AS-810) doivent être remis au personnel de l'urgence. L'inscription du patient doit être effectuée par le personnel désigné du centre hospitalier receveur, en collaboration avec le TAP, afin de libérer le plus rapidement possible les TAP. 6. Pour les patients COVID-19 confirmés, prévoir une zone de transfert sur un fauteuil roulant ou une civière de l'urgence à proximité du triage. Pour les autres patients (suspectés ou non suspectés), les TAP devraient transférer ceux-ci à leur endroit de soins désigné par l'infirmier du triage, ou suivre les procédures en vigueur au sein de l'établissement visité. 7. Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.

8. Mettre à la disposition des TAP une aire de décontamination et une station de désinfection, le tout, à proximité immédiate du point de transfert des patients pour effectuer le nettoyage des équipements. Cette station de nettoyage doit inclure un lavabo et du savon. Ces aires doivent être aménagées, en collaboration avec les partenaires des SPU.
9. Fournir les équipements de protection pour les entreprises ambulancières selon les directives transmises précédemment;
10. Fournir aux entreprises ambulancières tout document en lien avec les consignes du centre hospitalier en ce qui a trait aux trajectoires intrahospitalières;
11. S'assurer que l'accessibilité au transfert des données cliniques, notamment les données du moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA), puisse être effectuée malgré les contraintes reliées au changement de trajectoire intrahospitalière;
12. Voir à l'application des pratiques de transfert identifiées dans ces directives et d'en assurer la diffusion aux parties prenantes impliquées dans le transfert de patients, et ce, dans un objectif d'optimiser le parcours-patients lors de la prise en charge hospitalière.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

Direction ou service ressource :		Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique dmn.spu@msss.gouv.qc.ca
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

Original signé par

La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par

La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGAUMIP-036.REV1

Catégorie(s) :
 ✓ Priorisation des activités cliniques
 ✓ Première ligne médicale

Reprise des activités cliniques en première ligne médicale

Remplace la
directive émise le
23 juin 2021

Expéditeur : Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne (DAOSPL) (DSPSP)



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

- Présidents-directeurs généraux (PDG)
- Directeurs des services professionnels (DSP)
- Directrices des soins infirmiers (DSI)
- Chef de Département régional de médecine générale (DRMG)

Directive

Objet :	<p>Pour cette directive, seules les installations suivantes sont visées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tout groupe de médecine familiale (GMF), intra ou extra-muros, incluant les GMF universitaires et les GMF accès-réseau; ✓ Tout centre local de services communautaires (CLSC) où interviennent des cliniciens pour l'inscription et le suivi de patients ainsi que la réponse aux besoins ponctuels; ✓ Tout type de clinique en médecine de famille où a lieu la dispensation de services assurés par la Régie d'assurance maladie du Québec. <p>Compte tenu de l'évolution actuelle de la situation épidémiologique et des données présentement disponibles, la DGAUMIP (DAOSPL) a décidé de suspendre jusqu'à nouvel ordre son <i>Plan de priorisation des activités cliniques – Secteur de la première ligne</i>. Cette initiative s'inscrit dans un processus de gestion de risque continu qui vise un retour des consultations en présentiel, une diminution du recours à la téléconsultation pour ainsi permettre une reprise des activités cliniques jugées non essentielles en présentiel. Les éléments suivants soutiennent cette directive :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atteinte satisfaisante du taux de vaccination populationnelle; ✓ Au 15 juillet, l'ensemble des professionnels de la santé et du personnel administratif de la première ligne devraient avoir reçu leur deuxième dose de vaccin; ✓ Selon l'INSPQ (1^{er} juin 2021)¹, le statut immunitaire des travailleurs de la santé permet de moduler les indications de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19; ✓ Maintien de l'application des mesures universelles pour l'ensemble des patients et leurs proches qui seront vus en première ligne; ✓ Respect des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans tous les milieux de première ligne;
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¹ <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2907-prevention-contrôle-infection-cliniques-medicales-externes-designees-covid-gmf-covid19.pdf>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmentation constatée des consultations à l'urgence pour les patients symptomatiques ou non qui ont reçu un test de dépistage négatif à la COVID-19 entre le début de l'apparition des symptômes et le jour 5; ✓ Ajout d'un document détaillant les modalités à mettre en place pour les cliniques médicales de première ligne durant l'été 2021; ✓ La fermeture éventuelle des CDÉ prévue pour le 6 septembre prochain. <p>Cette suspension est soutenue par les mesures qui se devront d'être implantées par l'ensemble des différents corridors de services spécifiques à la première ligne. De plus, comme le mentionne l'INSPQ¹ cette suspension est tributaire de l'évolution de la situation épidémiologique, des nouvelles connaissances sur le virus, sur l'efficacité des mesures préventives et sur l'utilisation des ressources professionnelles disponibles, sans quoi un retour au Plan de priorisation est prévu.</p>
Mesures à implanter :	<p>Mesures effectives maintenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Révision des critères de référence en CDÉ et mise à jour du <i>Formulaire de référence en CDÉ</i>; ✓ Revenir à des consultations en présentiel dans les cliniques froides pour toutes les raisons de consultations qui correspondent aux nouveaux critères d'exclusion inclus dans la mise à jour du <i>Formulaire de référence en CDÉ</i>, incluant les patients symptomatiques ou non qui ont reçu un test de dépistage négatif à la COVID-19 entre le début de l'apparition des symptômes et le jour 5; ✓ La pratique en téléconsultation doit appliquer les modalités inscrites au document Utilisation de la télésanté en vertu du décret d'urgence sanitaire : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-915-01W.pdf Une attention particulière doit être portée aux sections 2, 5, 6 et 7; ✓ L'utilisation des fiches cliniques émises par le Collège des médecins du Québec peut servir de guide complémentaire pour baliser la pratique des professionnels en première ligne; ✓ Des clarifications d'orientation des patients et de fonctionnement des cliniques se retrouvent dans l'annexe 3 - Modalités à mettre en place; ✓ Modifications des consignes 811 et centre d'appels COVID-19; ✓ Modifications des modalités de consultation Rendez-vous santé Québec. <p>Mesures à planifier d'ici la fermeture des CDÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Demande faite aux PDG pour mettre en place des moyens d'accompagnement de leurs cliniques froides selon les recommandations émises par l'INSPQ relativement au maintien des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), en vue d'un retour du fonctionnement normal de la 1^{re} ligne; ✓ Planifier les moyens de communication annonçant un retour du fonctionnement normal de la 1^{re} ligne.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : N/A

Direction ou service ressource :	Direction des services de proximité en santé physique
Documents annexés :	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe 1 - Formulaire de référence en CDÉ (mise à jour, 9 juin 2021) • Annexe 2 - Prochaines étapes de juin à septembre 2021 • Annexe 3 - Cliniques médicales de première ligne - Modalités à mettre en place et rappels importants • Téléconsultation : Utilisation de la télésanté en vertu du décret d'urgence sanitaire : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-915-01W.pdf • COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19 • Prochaines étapes en prévision d'une fermeture complète des CDÉ au 6 septembre 2021 • Fiches cliniques sur l'encadrement de la télémédecine : http://www.cmq.org/page/fr/telemedecine.aspx

Émission :	10-06-2021
------------	------------

Mise à jour :	15-07-2021
---------------	------------

	<ul style="list-style-type: none">• SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19 en milieu de soins : https://www.inspq.gc.ca/publications/3095-symptomes-postvaccination-covid-milieu-soins-covid19• SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les cliniques médicales/cliniques externes/cliniques COVID-19/GMF : https://www.inspq.gc.ca/publications/2907-pci-cliniques-covid19
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Lu et approuvé par

La sous-ministre,
Dominique Savoie

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN CDÉ (mise à jour, 15 juillet 2021)

Les critères suivants permettent de cibler la clientèle devant être vue en CDÉ, mais ne sont pas les critères de diagnostic du COVID-19. Des informations complémentaires suivent le formulaire.

ÉVALUATION DES CRITÈRES DES CLINIQUES DÉSIGNÉES D'ÉVALUATION (CDÉ)	
INFORMATION PATIENT	
Nom, prénom :	Date de naissance :
Adresse complète :	
Adresse courriel :	No. Téléphone :
Nom, prénom du père :	
Nom, prénom de la mère :	
Numéro d'assurance-maladie / date exp :	
INFORMATION DU PROFESSIONNEL SOIGNANT	
Nom et numéro de pratique du professionnel référent :	
No de télécopieur (pour retour note CDÉ au md) :	Téléphone ligne directe :
Répond aux critères de référence en CDÉ :	
CRITÈRES DE RÉFÉRENCE EN CDÉ (Obligatoire)	
Excluant les symptômes associés à la vaccination pour la COVID-19 (voir algorithme #1, page 3, INSPQ)¹	
Référer en CDÉ tout patient, répondant au moins à l'un des deux critères suivants (cocher toutes les cases appropriées) :	
Excluant patients ayant reçu un résultat de dépistage à la COVID-19 négatif entre l'apparition des symptômes et le jour 5	
<input type="checkbox"/> 1) CRITÈRES CLINIQUES : le patient présente \geq 1 SYMPTÔME(S) parmi les suivants	
<input type="checkbox"/> Fièvre (>38);	
<input type="checkbox"/> Toux (récente ou chronique exacerbée);	
<input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires;	
<input type="checkbox"/> Anosmie d'apparition soudaine sans congestion nasale, avec ou sans agueusie;	
<input type="checkbox"/> Mal de gorge;	
OU présente \geq 2 SYMPTÔMES parmi les suivants:	
<input type="checkbox"/> Douleur musculaire généralisée non reliée à un effort physique;	
<input type="checkbox"/> Céphalée;	
<input type="checkbox"/> Fatigue marquée;	
<input type="checkbox"/> Perte d'appétit importante;	
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale;	
<input type="checkbox"/> Vomissement ou nausée;	
<input type="checkbox"/> Diarrhée (nouvelle ou exacerbée).	

¹ <https://www.inspq.qc.ca/publications/3095-symptomes-postvaccination-covid-milieus-soins-covid19>

2) CRITÈRES D'EXPOSITION (excluant les patients qui ont reçu deux doses de vaccin il y a plus de 7 jours, qui ont eu un résultat positif à la COVID-19 dans les 6 derniers mois ou qui ont un résultat positif à la COVID-19 + une dose de vaccin)

- Contact domiciliaire : personne asymptomatique habitant avec une personne qui présente des symptômes de la COVID-19 (sauf si la personne contact a reçu un résultat négatif d'un test);
- Patient ayant reçu un diagnostic de COVID-19 dans les **10 DERNIERS JOURS (21 jours** si patient immunosupprimé, ou si patient ayant séjourné aux soins intensifs);
- Patient ayant reçu un diagnostic de COVID-19 depuis **plus de 10 jours (21 jours** si patient immunosupprimé, ou si patient ayant séjourné aux soins intensifs) et qui ne répond **PAS** aux critères suivants :
 - absence de température X 48h (sans prise d'antipyrétique)
ET
 - amélioration des symptômes x 24 h (excluant toux, anosmie ou agueusie)
- Contact d'un cas de COVID-19 prouvé dans les **14 derniers jours**;
- Séjour de **≥ 48 h** à l'urgence ou l'hôpital dans les **14 derniers jours**;
- Séjour de **≥ 48 h** à l'extérieur du Canada; Patient contacté par la Santé publique ou visé par une annonce populationnelle de la Santé publique.

Clientèle exclue des CDÉ (à orienter vers les urgences)

- Fièvre :
 - Enfants 0 à 3 mois et température rectale ≥ 38 degrés Celsius;
 - Enfants de 3 à 6 mois et température rectale ≥ 39 degrés Celsius, selon l'évaluation clinique d'un professionnel de la santé. Référer à Info-Santé pour une évaluation au besoin;
- Clientèle non réorientable de l'urgence.

Vigilance accrue pour des patients vus en CDÉ qui présenteraient les signes de gravité et risques de dégradation suivants :

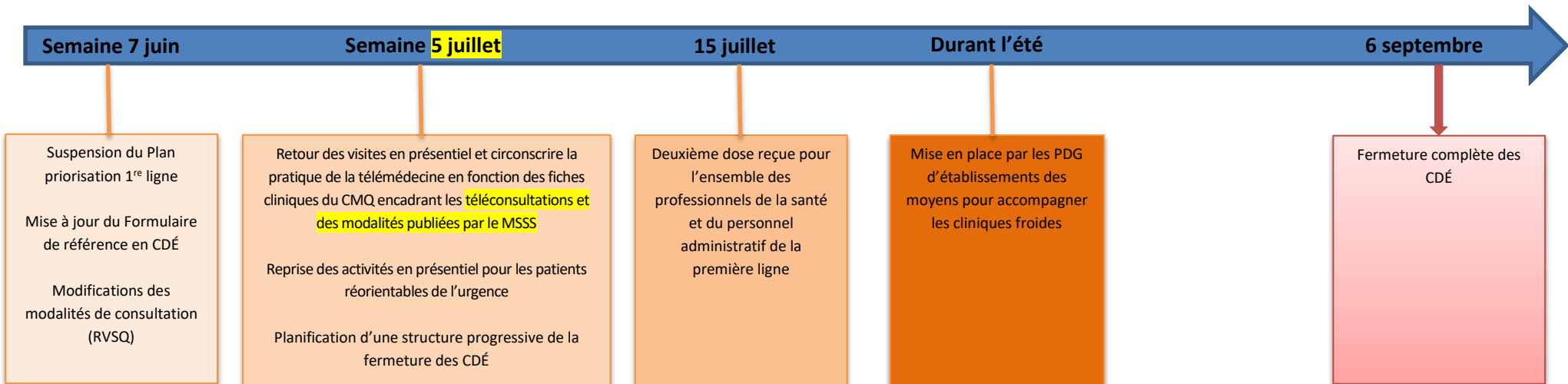
SIGNE DE GRAVITÉ ET RISQUE DE DÉGRADATION

- Température : $> 38,2$ degrés Celsius
- Fréquence cardiaque : > 100 bpm
- Rythme et qualité respiratoire : RR > 22 respirations / minute ou tirage ou amplitude
- Saturométrie : < 92 % (patient sans pneumopathie usuelle)
- Tension artérielle : < 90 mm Hg (adulte)
- Altération de la conscience, confusion, somnolence
- Déshydratation ou orthostatisme
- Altération inhabituelle ou soudaine de l'état général; brutal chez le sujet âgé
- Éveil et acuité de réponse anormale

***Toute condition urgente ou sévère devrait être dirigée à l'urgence par le moyen approprié (911 ou autre).**

Prochaines étapes en prévision d'une fermeture complète des CDÉ au 6 septembre 2021

En prévision d'un retour à la normale des activités médicales de première ligne, cette ligne du temps a pour objectif de permettre à l'ensemble des établissements et des professionnels de la santé de mettre en place une structure planifiée et concertée pour les 3 prochains mois d'ici la fermeture complète des CDÉ.



IMPORTANT

Cette progression attendue vers une fermeture complète des CDÉ pour le 6 septembre 2021 est tributaire de l'évolution de la situation épidémiologique, des nouvelles connaissances sur le virus, sur l'efficacité des mesures préventives et sur l'utilisation des ressources professionnelles disponibles.

Veuillez consulter la directive DGAUMIP-036 pour connaître l'ensemble des détails entourant les mesures présentées ci-haut.

Coronavirus COVID-19

Cliniques médicales de première ligne Modalités à mettre en place et rappels importants

Mise à jour 15 juillet 2021

Mise en application

Ces modalités devront s'appliquer dans les cliniques médicales de première ligne dans le courant de la semaine du 5 juillet 2021.

Modalités à mettre en place et rappels importants

Cette annexe résume les modalités à mettre en place afin d'assurer une prestation de service en 1^{re} ligne de façon sécuritaire.

Orientation des patients

Personnes qui ne présentent pas les critères de référence en clinique désignée d'évaluation (CDÉ), incluant les personnes qui ont reçu un test de dépistage négatif à la COVID-19 entre le début de l'apparition des symptômes et le jour 5

- Si la personne a besoin de consulter en 1^{re} ligne et qu'elle est inscrite auprès d'un médecin de famille/IPS, elle peut communiquer avec son médecin/IPS ou sa clinique afin d'obtenir un rendez-vous en présence dans cette clinique;
- Si la personne a besoin de consulter en 1^{re} ligne et qu'elle n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille/IPS, elle peut composer le 1 877 644-4545 pour être dirigée vers la ressource appropriée, dont un guichet d'accès de 1^{re} ligne. (Lorsque mis en place – projet accès réseau pertinence en 1^{re} ligne). Elle peut également communiquer avec Info-Santé en composant le 811 pour obtenir des conseils, ou demander conseil auprès de son pharmacien.

Personnes qui présentent des critères de référence en CDÉ

- Si la personne a besoin de consulter en 1^{re} ligne et qu'elle est inscrite auprès d'un médecin de famille/IPS, elle peut communiquer avec ce dernier ou sa clinique afin d'obtenir un rendez-vous téléphonique ou un rendez-vous en personne en CDÉ;
- Si la personne a besoin de consulter en 1^{re} ligne et qu'elle n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille/IPS, elle peut communiquer avec le 1 877 644-4545, où une évaluation de sa condition sera effectuée afin de lui octroyer un rendez-vous dans une CDÉ à proximité géographique;

- Pour toute question générale entourant la COVID-19 et pour un dépistage, la population est invitée à communiquer avec la ligne 1 877 644-4545. Les options du menu automatisé permettent de prendre en charge sa demande, notamment en invitant la personne à se rendre sur Internet pour compléter l’outil d’autoévaluation ou à rester en ligne si elle le souhaite pour être référée en CDÉ, s’il y a lieu.

Organisation des cliniques – consignes globales

Un formulaire de référence en CDÉ¹ doit être utilisé afin d’évaluer et d’orienter les patients vers le lieu de consultation approprié.

Mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) et gestion des salles d’attente²

Toutes les mesures mises en place depuis le début de la pandémie restent appropriées afin de limiter la contamination des milieux et des personnes :

- Utilisation des mesures universelles en tout temps;
- Lavage des mains par les usagers en entrant et en sortant de la clinique;
- Port du masque de procédure pour les usagers et le personnel (se référer aux recommandations de l’INSPQ);
- Mise en place d’une protection aérienne avec protection oculaire pour les usagers suspectés ou confirmés si contact moins de deux mètres;
- Changement de l’équipement de protection individuel (EPI) par le personnel infirmier après l’évaluation d’un usager suspecté ou confirmé;
- Si une intervention médicale générale des aérosols (IMGGA) est réalisée dans une salle ambulatoire chez un usager suspecté ou confirmé, attendre le temps de repos nécessaire selon le type de ventilation de la pièce avant d’en faire la désinfection;
- Organisation des salles d’attente : assurer une capacité d’accueil en adéquation avec les orientations quant aux visites en présence émises par le CMQ :
 - Si la salle d’attente est suffisamment grande, utilisation d’une chaise sur deux;
 - Sinon, prévoir des parois de plexiglas entre les chaises sans mesures de distanciation possibles.
- Hygiène et salubrité : il est important de procéder au nettoyage et à la désinfection des surfaces fréquemment touchées (*hi-touch*) au moins une fois par jour pour éviter la transmission par contact avec les surfaces. Augmenter la

¹ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003066/>

² <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/modes-transmission#proteger>

fréquence selon l'achalandage, le type de clientèle ou si les surfaces sont visiblement souillées;

- Nettoyer et désinfecter les surfaces et les équipements partagés entre chaque usager. Utiliser un produit reconnu efficace de qualité hospitalière (virucide pour le SARS-CoV-2) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada;
- En présence d'une personne atteinte de SARS-CoV-2 ou susceptible de l'être, procéder au nettoyage et à la désinfection selon les techniques et les mesures en vigueur³.

Vigie

Mise en place d'une vigie appropriée pour l'état de santé des employés et des équipes cliniques (professionnels et médecins) et d'un protocole en cas d'apparition de symptômes pendant les heures de travail chez le personnel.

Consignes pour les cliniques froides

- Un questionnaire pour identifier les symptômes COVID-19 doit être réalisé à l'arrivée du patient en clinique médicale de 1^{re} ligne afin d'assurer une prestation de soins sécuritaire;
- Si un patient a reçu un résultat négatif pour un dépistage de la COVID-19 entre l'apparition de ses premiers symptômes et le jour 5, la consultation se fait clinique froide;
- Il est important de rappeler le maintien, en tout temps, des mesures de protection universelles (distanciation, étiquette respiratoire, hygiène des mains). Des affiches doivent être visibles tout au long de la trajectoire des patients;
- Limiter le nombre d'accompagnateurs;
- Identifier la distance à respecter par un marquage au sol, sur les chaises, par des cônes ou autres;
- Limiter le nombre de rendez-vous préalables pour les examens diagnostiques en optimisant chaque visite à la clinique;
- Pour tous les patients et, le cas échéant, leurs accompagnateurs, le port du masque de procédure est obligatoire;
- Le port du masque de procédure ne remplace pas le respect de la distanciation physique ou le besoin d'aménagement des lieux physiques;
- Si le patient porte un couvre-visage, lui demander de le retirer de façon

³ [20-210-237W.pdf \(gouv.qc.ca\)](#) [20-210-09W.pdf \(gouv.qc.ca\)](#) [20-210-08W.pdf \(gouv.qc.ca\)](#) [20-210-10W.pdf \(gouv.qc.ca\)](#)

- sécuritaire, de procéder à la désinfection de ses mains et lui donner un masque de procédure puis, de répéter la procédure de désinfection des mains, et ce, peu importe où le patient consulte dans les milieux de soins;
- Lors du retrait du masque de procédure, prévoir des poubelles pour disposer du masque et un poste d'hygiène des mains.

Consignes supplémentaires pour les CDÉ

- Port du masque de procédure obligatoire pour les patients;
- Port du masque N-95 pour l'équipe travaillant en CDÉ;
- Aucun accompagnateur, sauf en cas de situation exceptionnelle (proche aidant, parent d'un enfant en bas âge).

Fermeture des CDÉ à partir du 6 septembre prochain

POUR LES PATIENTS SYMPTOMATIQUES

- Patients protégés⁴ : consultations avec les modalités usuelles de PCI;
- Patients non protégés ou partiellement protégés :
 - Isoler le patient dans une salle d'examen et prioriser l'évaluation clinique. Si, après évaluation du patient, une suspicion de COVID-19 persiste, prévoir une période de non-utilisation de cette salle pour une heure et effectuer la désinfection de celle-ci selon les normes de PCI établies;
 - Dans le cas où l'option de la salle d'examen ne serait pas retenue ou en cas de débordement, identifier la zone d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19.
- Limiter le nombre d'accompagnateurs, lorsque c'est possible.

⁴ Selon l'INSPQ, un patient protégé correspond à un patient qui répond à un des critères suivants (excluant immunosupprimés) : 1) A reçu 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose; 2) Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non); 3) Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 6 mois ET suivi par au moins 1 dose de vaccin depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique). Voir page 4 <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3127-gestion-cas-contacts-etablissements-enseignement-postsecondaire.pdf>

Directive ministérielle **REV3**

DGAPA-003.

- Catégorie(s) :**
- ✓ Soutien à domicile
 - ✓ Prestataires externes
 - ✓ Mobilité du personnel
 - ✓ Répit
 - ✓ Équipement de protection individuelle

Mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la Covid-19

Remplace la directive émise le 26 mars 2021

<p>Expéditeur : Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)</p>		<p>Destinataires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les établissements publics du RSSS : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les directions des programmes-services - Réseau de coopération des EESAD
----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Directive	
Objet :	<p>Cette directive contient les informations relatives aux mesures devant s'appliquer dans le contexte du soutien à domicile ainsi que les consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile. Ces informations concernent autant les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux que les prestataires externes de services (entreprises d'économie sociale en aide à domicile [EESAD], organismes communautaires, résidences privées pour aînés [RPA], employés engagés dans le cadre de l'allocation directe / chèque emploi-service [AD/CES], etc.).</p> <p>Enfin, l'objectif souhaité est le retour vers l'offre de services usuelle de soutien à domicile, et ce, tout en prenant en compte la capacité du personnel à rendre les services.</p>
Mesures à implanter :	<p>D'une part, les mesures d'ordre général à implanter concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La mobilité du personnel – RSSS et partenaires (EESAD, organismes communautaires, RPA, etc.) ✓ Les équipements de protection individuelle (EPI) ✓ Le soutien aux prestataires externes (EESAD, organismes communautaires, RPA, employés engagés dans le cadre de l'AD/CES, etc.) ✓ Les conditions préalables aux visites à domicile ✓ La réponse aux besoins

Émission : 06-11-2020

Mise à jour : 16-07-2021

	<p>D'autre part, les mesures d'ordres spécifiques à la dispensation des services concernent :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Les soins et services professionnels✓ Les services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou pour le compte de l'établissement (EESAD, RPA, employés engagés dans le cadre de l'AD/CES, etc.)✓ Les autres services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou par des partenaires (ex. : organismes communautaires)✓ Les services de soutien aux personnes proches aidantes✓ Le soutien technique <p>La mise à jour du tableau ci-joint apporte des précisions quant aux mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile sans égard aux paliers d'alerte.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : S. O.

Direction ou service ressource :	Direction du soutien à domicile
Document annexé :	✓ Tableau des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la 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

Original signé par

La sous-ministre adjointe,
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par

La sous-ministre,
Dominique Savoie

COVID-19 : Mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

À noter :

- Les consignes qui suivent s'appliquent peu importe le palier d'alerte épidémiologique. Toutefois, il appartient à l'établissement de santé et de services sociaux d'adapter les mesures en fonction de la capacité de ses équipes.
- Un retour graduel vers le soutien à domicile (SAD) des ressources déployées dans les autres secteurs est attendu.

Pour des informations complémentaires, veuillez consulter les directives spécifiques aux différents programmes-services et milieux de vie.

Soutien à domicile		
Mesures	Interventions auprès d'utilisateurs sans symptôme compatible et sans exposition à un cas confirmé à la COVID-19	Interventions auprès d'utilisateurs COVID-19 ⁺¹ , présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 ou en isolement selon une indication de la santé publique
CONSIGNES GÉNÉRALES		
Mobilité du personnel – RSSS et partenaires (EESAD, organismes communautaires, etc.)		
Réduction du nombre d'intervenants distincts qui dispensent des services à chaque usager	Recommandé	Obligatoire – Équipe dédiée spécifiquement à cette clientèle Privilégier le personnel du RSSS
Affectation d'équipes attirées par milieux de vie collectifs et par secteurs géographiques	Recommandé	Obligatoire – Équipe dédiée spécifiquement à cette clientèle Privilégier le personnel du RSSS
Restriction des mouvements de personnel ² entre les différents services	Recommandé Pour les directives concernant les tests de dépistage requis en fonction de la couverture vaccinale, se référer à l'arrêté ministériel ³	Obligatoire – Équipe dédiée spécifiquement à cette clientèle Privilégier le personnel du RSSS
Équipements de protection individuelle (EPI)		
Port du masque médical par l'utilisateur (ASTM niveau 1), selon les directives en vigueur ⁴	En tout temps lorsque l'utilisateur se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur) Exclusions : - Usager ne tolérant pas le port du masque - Usager qui dort - Interférence avec les soins à dispenser	En tout temps lorsque l'utilisateur se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur) Exclusions : - Usager ne tolérant pas le port du masque - Usager qui dort - Interférence avec les soins à dispenser

¹ Pour plus de détails concernant la définition de cas, voir le lien suivant : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/#definition-de-cas>

² Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines, notamment la directive sur les stagiaires

³ Se référer aux arrêtés ministériels applicables : numéros 2021-024 et 2021-028 disponibles à l'adresse suivante : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/mesures-prises-decrets-arretes-ministeriels>

⁴ Se référer aux MESURES À APPLIQUER en présence d'un cas suspecté ou confirmé du document SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les soins à domicile de l'INSPQ disponible à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2917-mesures-soins-domicile-covid19>

COVID-19 : **Mesures** et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Soutien à domicile		
Mesures	Interventions auprès d'usagers sans symptôme compatible et sans exposition à un cas confirmé à la COVID-19	Interventions auprès d'usagers COVID-19 +¹, présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 ou en isolement selon une indication de la santé publique
Port de l'EPI par l'intervenant	Voir les indications de la CNESST aux liens suivants : Masques minimalement requis pour les travailleuses et les travailleurs en milieux de soins Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST (gouv.qc.ca) Ajustement des mesures de prévention dans les milieux de travail en contexte de déconfinement Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST (gouv.qc.ca)	Oui, en tout temps, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie (le personnel dédié doit avoir reçu la formation requise ⁵). Concernant le port du masque, voir les indications de la CNESST : Masques minimalement requis pour les travailleuses et les travailleurs en milieux de soins Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST (gouv.qc.ca) En plus du masque, il est aussi exigé de porter la protection oculaire, la blouse à manches longues ainsi que des gants comme précisé par la CNESST au lien suivant : https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/guide-covid-19-hebergement-soins-personnes-agees
Soutien aux prestataires externes (EESAD, organismes communautaires, RPA, employés engagés dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service [AD/CES], etc.)		
Mobilisation des prestataires externes pour assurer la continuité des services	Selon la collaboration habituelle	Privilégier la prise en charge par le RSSS
Fourniture des EPI aux prestataires externes (EESAD, RPA et AD/CES)	Se référer à la stratégie d'approvisionnement des EPI ⁶	Se référer à la stratégie d'approvisionnement des EPI
Surveillance des pratiques de port et de retrait des EPI auprès des partenaires	Maintenue	S'assurer que le personnel dédié du prestataire (EESAD et RPA) ayant reçu la formation requise applique les pratiques de façon rigoureuse au préalable ¹
Soutien aux travailleurs engagés dans le cadre de la modalité AD/CES	Soutien habituel Référer au site Internet pour les mesures spécifiques que doivent respecter les travailleurs : https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile	Reprise de la dispensation des services par le RSSS Référer les travailleurs au site Internet pour les mesures de soutien financier : https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile
Conditions préalables aux visites à domicile		
Triage quotidien des intervenants de façon proactive afin de s'assurer qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance de leurs symptômes 2 fois/jour	Obligatoire	Obligatoire pour les intervenants dédiés à ces usagers
Aucun intervenant avec des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou ayant reçu une consigne d'isolement au domicile des usagers	En tout temps Pour plus de détails, voir le document suivant de l'INSPQ: SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins INSPQ	En tout temps Pour plus de détails, voir le document suivant de l'INSPQ: SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins INSPQ

⁵ Ibid.

⁶ Directive sur la stratégie d'approvisionnement des équipements de protection individuelle, disponible à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002740/>

COVID-19 : **Mesures** et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Soutien à domicile		
Mesures	Interventions auprès d'usagers sans symptôme compatible et sans exposition à un cas confirmé à la COVID-19	Interventions auprès d'usagers COVID-19 +¹, présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 ou en isolement selon une indication de la santé publique
Appel à l'utilisateur pour vérification des conditions requérant la mise en place de mesures particulières (ex. : EPI complet, équipe dédiée, report, etc.)	Obligatoire avant chaque visite	Non requis car déjà identifié
Réponse aux besoins		
Interventions par téléphone ou par un autre moyen technologique privilégiées lorsque possible et que ce mode d'intervention répond au besoin de l'utilisateur	Non recommandé Privilégier les interventions en personne	Obligatoire
Vigie auprès des usagers qui refusent les services de SAD requis par leur état de santé physique ou mentale	Recommandée, selon la situation clinique	Obligatoire
Interventions visant à prévenir et traiter le déconditionnement	Obligatoires Recommandé d'intensifier les interventions Se référer aux Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie : Directives COVID-19 - Ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)	Obligatoires Se référer aux Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie : Directives COVID-19 - Ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)
Desserte des clientèles vulnérables et ambulatoires usuellement non admissibles au SAD	Non Appliquer les critères d'admissibilité au SAD pour toutes les clientèles	Oui, pour les services essentiels seulement
Accueil au domicile d'un proche d'un usager hébergé en CHSLD ou qui réside dans une RPA en tenant compte de la capacité du SAD à répondre au requis de services	Oui Interdit si éclosion dans le milieu de vie	Interdit
CONSIGNES SPÉCIFIQUES À LA DISPENSATION DES SERVICES		
Soins et services professionnels		
Interventions à domicile	Retour au mode d'intervention usuel	Dispenser celles qui peuvent être réalisées à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique Évaluer la possibilité que l'utilisateur ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de ceux-ci Pour les interventions devant se faire à domicile par l'établissement, maintenir uniquement celles qui sont essentielles pour assurer l'intégrité et la sécurité de l'utilisateur et de ses proches Au besoin, augmenter les suivis professionnels
Soutien psychosocial aux usagers et aux personnes proches aidantes que vous identifiez comme étant susceptibles d'être fragilisées par la pandémie	Fortement recommandé Effectuer les interventions idéalement en présentiel	Très fortement recommandé Dispenser le soutien psychosocial qui peut être réalisé à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique

COVID-19 : **Mesures** et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Soutien à domicile		
Mesures	Interventions auprès d'utilisateurs sans symptôme compatible et sans exposition à un cas confirmé à la COVID-19	Interventions auprès d'utilisateurs COVID-19 +¹, présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 ou en isolement selon une indication de la santé publique
Report des évaluations globales de l'autonomie ou de leur révision (outil d'évaluation multiclientèle) lorsque ceci ne compromet pas l'intégrité ou la sécurité de l'utilisateur	Non	Oui
Services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou pour le compte de l'établissement (EESAD, RPA, travailleurs AD/CES, etc.)		
Dispensation de services d'assistance personnelle, incluant l'aide aux AVQ	Maintenir l'intensité habituelle	Poursuivre les services essentiels identifiés à la suite de la réévaluation professionnelle Privilégier la prise en charge par le RSSS Permettre la dispensation des services par le prestataire habituel (personnel de l'EESAD ou de la RPA), à la condition que ce dernier soit formé sur les mesures PCI (notamment sur le port et le retrait de l'EPI) et qu'il les applique de façon rigoureuse Prise en charge par le RSSS des services habituellement dispensés dans le cadre de l'AD/CES
Dispensation des services d'aide aux AVD pour la clientèle ayant des incapacités (ex. : clientèle référée par l'établissement aux EESAD)	Maintenir l'intensité habituelle	Suspendre les services d'entretien ménager, excepté si l'interruption de ce service compromet l'intégrité ou la sécurité de l'utilisateur, notamment en raison d'un risque d'insalubrité Suspendre, dans la mesure du possible, l'aide pour la préparation de repas et privilégier la livraison de repas déjà préparés (épicerie, restaurants, popote roulante) ou des repas demandant peu de préparation Poursuivre l'assistance pour les courses pour la nourriture, les biens de première nécessité et la lessive pour les utilisateurs ayant des besoins spécifiques. Privilégier les commandes par téléphone et la livraison Suspendre tout autre service d'aide aux AVD non requis par l'état de santé Prise en charge de la gestion des services devant être maintenus par le RSSS
Dispensation des services d'aide aux AVD – ménages actifs (clientèle non vulnérable bénéficiant uniquement de l'aide fixe dans le cadre du PEFSAD)	Maintenue	Suspendue
Dispensation des services d'appui aux tâches familiales	Maintenue	Poursuivre uniquement les services essentiels identifiés à la suite de la réévaluation professionnelle (ex. : soins aux enfants)
Autres services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou par des partenaires (ex. : organismes communautaires)		
Dispensation des autres types de services d'aide à domicile (popote roulante, activités de soutien civique, visites d'amitié, assistance à l'apprentissage, etc.)	Maintenue	Suspendre tous les services non essentiels

COVID-19 : Mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Soutien à domicile		
Mesures	Interventions auprès d'utilisateurs sans symptôme compatible et sans exposition à un cas confirmé à la COVID-19	Interventions auprès d'utilisateurs COVID-19 + ¹ , présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 ou en isolement selon une indication de la santé publique
Services de soutien aux personnes proches aidantes		
Dispensation des services de répit à domicile par l'établissement	Maintenue	Suspendue Évaluer la pertinence de mettre en place des suivis téléphoniques ou par un autre moyen technologique pour soutenir la personne proche aidante Évaluer la pertinence de rehausser les services d'aide à domicile et s'assurer qu'ils soient dispensés par le RSSS
Dispensation des services de répit à domicile par les partenaires Se référer à la <i>Directive sur les services de répit à domicile avec nuitée(s) et les maisons de répit</i> : Directives COVID-19 - Ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)	Maintenue	Suspendue Évaluer la pertinence de mettre en place des suivis téléphoniques ou par un autre moyen technologique pour soutenir la personne proche aidante Évaluer la pertinence de rehausser les services d'aide à domicile et s'assurer qu'ils soient dispensés par le RSSS
Dispensation des services de répit hors domicile offerts hors établissement Se référer à la <i>Directive sur les services de répit à domicile avec nuitée(s) et les maisons de répit</i> : Directives COVID-19 - Ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)	Maintenue	Suspendue
Soutien technique		
Attribution des équipements ou aides techniques requis pour assurer le soutien à domicile de l'utilisateur	Maintenue	Poursuivre uniquement l'attribution d'équipements ou d'aides techniques requis pour assurer le soutien à domicile de l'utilisateur et sans lequel son maintien à domicile serait compromis

Émission : 17-02-2021

Mise à jour : 20-07-2021

Directive ministérielle DGPPFC-039. REV2

- Catégorie(s) :
- ✓ Ressources d'hébergement d'urgence en itinérance
 - ✓ Ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance
 - ✓ Mesures PCI

Directive sur les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) destinées aux ressources d'hébergement d'urgence en itinérance (RHU) et aux ressources d'hébergement communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD)

Cette directive remplace la directive DGPPFC-039 émise le 30 avril 2021

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



Destinataire :

- Tous les CIUSSS et CISSS
 - Directeurs Santé mentale, dépendance itinérance
- Ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance

Directive

Objet :	Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec et afin de limiter la propagation de la COVID-19; Vous trouverez les mesures PCI à appliquer dans les RHU et dans les RHD au Québec.
Mesures à implanter :	Conseils et mesures préventives pour les RHU et les RHD au Québec.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	Direction des services en dépendance et en itinérance
----------------------------------	-------------------------------------------------------

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
Chantal Maltais

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive

1. Hygiène et prévention générale

- Afficher les informations relatives au coronavirus :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-154W.pdf>
- Encourager fortement l'hygiène fréquente des mains (usage de solution hydroalcoolique ou eau et savon) avec une friction d'au moins 20 secondes.
- Éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec les mains.
- Appliquer l'hygiène et l'étiquette respiratoire : Éternuer ou tousser dans un papier-mouchoir ou dans sa manche (pli du coude, bras, creux de l'épaule). Faire une hygiène des mains après s'être mouché. Ne pas toucher à d'autres personnes ou à des objets avant d'avoir procédé à l'hygiène des mains.
- Une personne désignée devrait être à l'entrée de la ressource pour s'assurer de l'hygiène des mains, fournir un masque médical et questionner la présence de symptômes de la COVID-19 ou des autres critères d'exclusion (ex. : contact étroit, voyage, etc.).
- Prévoir des masques médicaux pour les personnes qui n'en ont pas.
- Le port du masque médical est **obligatoire en tout temps** à l'exception des périodes suivantes:
 - Lorsqu'assis pour le repas ;
 - Lorsque la personne hébergée dort dans le cas d'un dortoir;
 - Pendant l'hygiène corporelle si le port du masque interfère à l'activité.
- Respecter la distanciation physique **recommandée** en tout temps.
- Surveillance quotidienne des symptômes chez le personnel et les personnes hébergées.
- Le personnel et les bénévoles qui présentent des symptômes, qui sont malades ou qui ont des critères d'exclusion doivent rester à la maison (ou être retournés chez eux s'ils présentent des symptômes), pour éviter la transmission de l'infection.
- Le personnel doit suivre une formation PCI. Au moins une personne formée **doit** être présente sur chaque quart de travail. Cette personne pourra être une référence pour les autres et s'assurer du respect rigoureux des mesures PCI. Formation en ligne disponible au lien suivant :
<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations/prevention-et-contrôle-covid19-dans-les-rpa>

1.1. Maintenir **la distanciation physique recommandée** entre les employés à l'accueil, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur.

1.2. Nettoyage :

- Il est important de s'assurer de la formation des personnes qui procéderont au nettoyage et à la désinfection afin que les bons produits pour les bonnes surfaces et avec le bon temps de contact soient utilisés. Les produits doivent être efficaces contre le virus de la COVID-19 et homologué par Santé Canada.
- Nettoyer et désinfecter en général et après la tenue d'une activité, les surfaces et les objets qui sont fréquemment touchés (ex. : poignées de porte, rampes, lumières, comptoirs, lavabos, tables, chaises, salle de bain);
- Nettoyer et désinfecter dès que souillure (ex. : crachats), les surfaces et les objets contaminés.
- La fréquence devrait être établit en fonction de la présence ou non de cas COVID-19 et de l'achalandage des lieux.
- Concernant le nettoyage et la désinfection, vous référer aux liens suivants :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002508/?&date=DESC> et
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002510/?&date=DESC>.
- Voici la liste des produits désinfectants: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/liste.html>

1.3. Éviter le partage du matériel et des équipements (ex. : tablettes, crayons, appareils de communication, etc.) ou s'assurer de leur nettoyage et désinfection entre chaque utilisateur.

- Avoir des papiers-mouchoirs, de la solution-hydroalcoolique et des poubelles en quantité suffisante et qui sont vidées de façon régulière, leur prévoir un couvercle au besoin, si possible avec une pédale (ex. : si elles risquent d'être fouillées). Si manipulation du couvercle, s'assurer de l'hygiène des mains par la suite.
- Mettre de l'eau dans les cendriers pour prévenir la récupération de mégots.
- Vous référer à la liste des produits désinfectants pour faire le nettoyage et la désinfection des surfaces et des équipements.

2. Accueil et référence de la clientèle

- Dès l'entrée, hygiène des mains (avec une solution hydroalcoolique ou avec de l'eau et du savon) pour tous.
- À l'arrivée, évaluer si l'usager ou une autre personne au domicile :
 - Est sous investigation ou un cas confirmé de la COVID-19
 - Présente de la fièvre ou de la toux (ou toux aggravée) ou d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex.: difficulté respiratoire ou anosmie soudaine sans congestion nasale, accompagnée ou non d'agueusie). Pour obtenir la liste complète des symptômes, vous référer au lien suivant : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/guide-auto-evaluation-symptomes-covid-19/>
 - A eu un contact avec un cas confirmé de COVID-19 ou présence d'autres critères d'exposition tels qu'un retour de voyage hors du Canada depuis moins de 14 jours, un contact d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 ou usager qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active.
- Si la réponse est oui à une des questions précédentes, identifier un espace pouvant servir à isoler une personne chez qui on a détecté des symptômes de la COVID-19 le temps de l'orienter dans la trajectoire appropriée.
- Consulter au besoin Info-Santé et Info-Social en composant le 811.

3. Aménagement des lieux

- Numéroté les lits / chambres et tenir un registre quotidien des admissions avec le numéro de lit attribué afin de faciliter l'évaluation du risque des contacts en cas d'éclosion.
- Prévoir des endroits pour faire l'hygiène des mains ex. : placer des distributeurs de solutions hydroalcoolique aux entrées des salles d'activité, salle à manger, etc.
- Aménager l'espace de façon à limiter l'échange de gouttelettes entre les personnes, par exemple :
 - Installer des barrières physiques (surface lavable);
 - Créer des cubicules individuels;
 - Disposer les lits de façon à respecter la distanciation physique recommandée, par exemple en position « tête pied »;
 - Condamner des espaces (lavabos, urinoirs, chaises) afin d'assurer la distanciation physique recommandée entre les espaces utilisables;
 - Disposer les chaises en respectant la distanciation physique recommandée;
 - Prévoir une trajectoire de circulation.

4. Aménagement des services

- Modifier l'organisation des services afin de diminuer la mobilité des personnes (ex : arrêter les périodes de carences dans les RHU et prolonger les heures d'ouverture).
- Revoir l'organisation des activités de groupe (ex : diminuer la taille des groupes, explorer les possibilités d'activités virtuelles, stabiliser la composition des groupes).
- S'assurer d'une configuration sécuritaire des salles où ont lieu les activités de groupe afin notamment d'assurer la distanciation physique recommandée entre les personnes.
- Le port du masque médical en tout temps dans le cadre des services.
- Élaborer un plan de mesures d'urgence pour réagir en présence d'une éclosion dans l'organisme :
 - Identifier les partenaires avec lesquels la communication doit être assurée, tels que la direction régionale de la santé publique, les cliniques médicales à proximité et les centres hospitaliers désignés qui recevront les usagers en cas de détérioration clinique;
 - Chaîne de commandement pour la prise de décision;
 - Plan de contingence pour assurer que le personnel soit suffisant;
 - Toutes autres mesures du plan adapté à l'organisme communautaire.

5. Plan de contingence

- Développer une politique d'absentéisme et de congés de maladie flexible. Le personnel et les bénévoles peuvent avoir besoin de rester à la maison lorsqu'ils sont malades, qu'un membre de leur famille est malade ou en cas de fermeture d'école de leurs enfants.
- Identifier les fonctions et les postes critiques et planifier comment leur poursuite pourra être assurée (ex. : former de nouveaux membres du personnel dans divers postes essentiels).
- Seuls les services et activités jugés nécessaires et prioritaires sont maintenus, après décision de la direction ou du conseil d'administration de l'organisme.

6. Provision de matériel

- Prévoir suffisamment de fournitures (masques médicaux, gants, blouses, protection oculaire, nourriture, savon et solution hydroalcoolique pour les mains, produits et matériel d'entretien, etc.). Un approvisionnement de quatre à huit semaines est recommandé.

Source

Ce document a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux avec la collaboration de l'équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Émission : 08-02-2021

Mise à jour : 21-07-2021

DGAPA-001.

Directive ministérielle **REV10**

- Catégorie(s) :
- ✓ Milieux de vie
 - ✓ Ressources intermédiaires et ressources de type familial
 - ✓ Résidences privées pour aînés
 - ✓ CHSLD
 - ✓ Personnes proches aidantes
 - ✓ Milieux de réadaptation

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

Remplace les tableaux diffusés le 4 juin 2021 DGAPA-001.REV9

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



Destinataire :

- CISSS et CIUSSS
 - Toutes les directions des programmes-services
 - Directeurs de la qualité
 - Répondants RI-RTF des établissements
- Hôpital Sainte-Justine
- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
- Établissements de réadaptation privés conventionnés
- 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
- Exploitants des RPA

Émission : 08-02-2021

Mise à jour : 21-07-2021



	<ul style="list-style-type: none">- Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)- Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH)
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Directive

Objet :	<p>Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec et de la campagne de vaccination en cours, il demeure important de maintenir des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation de la COVID-19.</p> <p>Vous trouverez les mesures à appliquer pour tous les paliers d'alerte (rouge, orange, jaune et vert) ou lorsque l'usager est en isolement ou le milieu de vie en éclosion dans les tableaux ci-joints pour les usagers des différents milieux de vie et de soins pour adultes et enfants (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC (incluant santé mentale), URCl, internat, foyers de groupe, milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée et centre de crise en santé mentale).</p> <p>Selon l'évolution de la situation épidémiologique au Québec, les présentes directives pourraient être modifiées.</p> <p>Cette mise à jour qui entre en vigueur le 21 juillet 2021 vise principalement à introduire de nouveaux assouplissements pour les usagers/résidents considérés protégés dans les milieux de vie concernant le port du masque et la distanciation physique.</p>
Mesures à implanter :	<p>Les établissements et les milieux de vie doivent mettre en place et respecter les mesures de protection en lien avec la COVID-19 en fonction des milieux de vie et de la gradation des paliers d'alerte. La présente mise à jour vise à apporter certaines précisions d'application.</p> <p>Réitérer que :</p> <p>Les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) doivent s'appliquer en tout temps dans les différents milieux de vie, et ce, selon les directives en vigueur :</p> <ul style="list-style-type: none">• Distanciation physique entre les usagers/résidents tant à l'intérieur qu'à l'extérieur est variable selon le niveau de protection des personnes concernées :• Il est possible de tenir des activités ou des rencontres dans un espace commun à l'intérieur comme à l'extérieur entre les résidents/usagers considérés protégés¹ sans avoir à respecter la distanciation physique de

¹ Considérée protégée :

- elle a reçu une deuxième dose de vaccin depuis 7 jours et plus au moment de son exposition;
- elle a reçu une dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis 14 jours et plus après la dose;
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis moins de 6 mois (vaccinée ou pas);
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis plus de 6 mois suivi par au moins une dose de vaccin depuis plus de 7 jours au moment de son exposition.

	<p>2 mètres et sans le port de masque (par exemple : activités pour prévenir le déconditionnement, regroupement au salon, activités de loisirs). Pour les résidents/usagers considérés non protégés² ou partiellement protégés³, la distanciation physique de 2 mètres et le port du masque seront requis;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les activités où les personnes chantent, la distanciation physique de 2 mètres doit être maintenue entre les résidents/usagers et entre les résidents/usagers et le chanteur et le port du masque est requis pour les personnes; • Il est possible d'accueillir des personnes proches aidantes et visiteurs considérés protégés dans la chambre du résident/usager ou à l'extérieur sur le terrain du milieu ou de l'installation sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres et sans le port du masque pour les usagers et les personnes proches aidantes/visiteurs. Pour les PPA/visiteurs considérés non protégés ou partiellement protégés, la distanciation physique de 2 mètres et le port du masque seront requis; • Lorsque la personne proche aidante/visiteur entre dans le milieu de vie et est présent dans les aires communes, à l'intérieur (circule ou participe à une activité), le port du masque de qualité médicale en tout temps est requis⁴ de même que la distanciation physique de 2 mètres avec les autres usagers/résidents et les travailleurs; • Les travailleurs de ces milieux doivent respecter les exigences de la CNESST et les recommandations de l'INSPQ concernant la distanciation physique à respecter et le port des équipements de protection individuelle; • Lorsque les travailleurs offrent des soins et des services, le résident/usager doit porter le masque de qualité médicale selon les indications prévues à la directive DGSP-014 (sauf pour les milieux de vie où l'exploitant/responsable partage son lieu de résidence avec les résidents/usagers). <p>Si cas suspecté ou confirmé, réintroduction de la distanciation physique de 2 mètres et port du masque pour tous les résidents/usagers et PPA/visiteurs dans le milieu (bâtisse).</p> <p>Si le cas suspecté ou l'écllosion est localisée : l'équipe PCI pourrait autoriser à limiter les mesures de réintroduction de la distanciation physique de 2 mètres et du port du masque à une unité ou étage concerné.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

² Personne considérée non protégée si :

- elle n'a pas eu d'épisode confirmé de COVID-19 ET elle est non vaccinée (ou elle a été vaccinée depuis moins de 14 jours);
- elle a eu un épisode confirmé de COVID-19 depuis plus de 12 mois ET elle est non vaccinée (ou elle a été vaccinée depuis moins de 7 jours après une dose)
- elle est immunosupprimée (vaccinée ou pas, épisode de COVID-19 antérieur ou pas).

³ Personne partiellement protégée si :

- elle a reçu une dose de vaccin depuis plus de 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson);
- elle a reçu une deuxième dose de vaccin depuis moins de 7 jours;
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis plus de 6 mois et de 12 mois et moins ET elle est non vaccinée;
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis plus de 6 mois et de 12 mois et moins et elle est vaccinée avec une dose depuis moins de 7 jours au moment de son exposition.

⁴ Sauf lorsqu'il partage un repas à la salle à manger commune

Il est à noter que ces mesures sont appelées à évoluer selon la situation épidémiologique. Ainsi, il est possible que la distanciation physique de 2 mètres et le port de masque soient réintroduits comme mesures de prévention et de contrôle des infections.

Les autres mesures PCI suivantes doivent être poursuivies lors des activités tenues à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu/installation:

- Hygiène des mains, notamment en entrant et en sortant des locaux partagés par exemple salle à manger, salle de loisirs, etc.;
- Disponibilité des ÉPI nécessaires;
- L'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés, des surfaces à potentiel élevé de contamination dans les chambres (notamment les ridelles de lit, la cloche d'appel, les poignées de porte, etc.) et dans les aires communes (notamment, boutons d'ascenseurs, les poignées de porte, etc.) et les salles de bain communes doit être effectuée. Ces équipements et surfaces doivent être nettoyés et désinfectés au moins une fois par jour (à augmenter selon l'achalandage ou la situation épidémiologique) et jusqu'à 4 fois par jour lors d'une éclosion.

Rappelons qu'un personnel stable favorise la mise en place des mesures ci-haut nommées.

Les gestionnaires et les responsables des milieux de vie sont invités à faire la promotion des mesures de prévention et de contrôle des infections pour les travailleuses et les travailleurs de la santé vaccinés que l'on retrouve au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002860/>.

Les directives pour les visites pour les soins palliatifs continuent de s'appliquer.

Les CISSS/CIUSSS doivent être en contact étroit et régulier avec les RPA situées sur leur territoire, notamment pour les accompagner dans l'application conforme de l'ensemble des mesures et directives ministérielles applicables en contexte de pandémie de la COVID-19, que celles-ci soient en éclosion ou pas.

Accueil des personnes proches aidantes et des visiteurs dans les milieux de vie

Les personnes qui sont accueillies à l'intérieur comme à l'extérieur dans les différents milieux de vie doivent suivre les consignes de la population générale accessibles au lien suivant : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/cartes-paliers-alerte-covid-19-par-region/>

Depuis le 28 mai 2021, les déplacements entre les régions et les territoires sont possibles. Certaines mesures spécifiques aux déplacements s'appliquent à d'autres territoires et provinces. Pour plus de détails, se référer au site Québec.ca au lien suivant : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/cartes-paliers-alerte-covid-19-par-region>

Un **accueil** des personnes qui accèdent au milieu de vie est nécessaire afin de valider l'absence de critères d'exclusion liés à la COVID-19. Les critères d'exclusion sont les suivants :

- personnes infectées par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui ne sont pas considérées comme rétablies;
- personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
- personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
- personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par la santé publique⁵;
- personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada depuis 14 jours et moins ou selon les indications du gouvernement fédéral en lien avec les mesures d'isolement au retour d'un voyage.

Ainsi, une personne présentant un de ces critères se verra refuser l'accès au milieu de vie.

De plus, le milieu de vie devra s'assurer de l'application des mesures PCI suivantes à l'arrivée des personnes qui accèdent au milieu de vie :

- **veiller** au respect des mesures PCI;
- s'assurer que l'hygiène des mains est réalisée;
- s'assurer que le masque est porté adéquatement;
- s'assurer que le nombre de personnes respecte les directives en vigueur et tient en compte la capacité de la chambre ou de l'unité locative pour les visites à l'intérieur du milieu de vie et de la capacité du terrain pour les visites à l'extérieur afin de respecter la distanciation physique **recommandée selon le niveau de protection des personnes concernées**;
- s'assurer que la personne a bien signé le registre⁶.

Une personne peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée. De plus, les personnes peuvent généralement, pouvoir déterminer elles-mêmes la durée des visites dans le milieu de vie. Le contexte pandémique ne peut justifier la prise de rendez-vous pour les visites de personnes proches aidantes ou visiteurs.

En aucun cas, le milieu de vie ne peut exiger à la personne proche aidante et au visiteur d'obtenir un test de dépistage négatif ou une preuve de vaccination pour avoir accès au milieu de vie.

Si les personnes doivent entrer à l'intérieur du milieu de vie pour avoir accès à l'extérieur, le milieu de vie doit mettre en place des mécanismes sécuritaires pour faciliter ces visites.

Pour les personnes (personnes proches aidantes et les visiteurs)

Pour les paliers d'alerte vert, jaune et orange :

- La personne qui côtoie le résident/usager à l'intérieur ou à l'extérieur doit au minimum être **accueillie pour veiller à l'application des mesures PCI** (s'assurer

⁵ Se référer au document de l'INSPQ sur la gestion des cas et des contacts au lien suivant : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communautaire-covid19>

⁶ Pour plus de précisions concernant le registre dans les RI-RTF, se référer à la directive DGAPA-013 où il est stipulé que le registre n'est pas nécessaire pour les ressources qui partagent leur lieu principal de résidence avec les usagers.

	<p>que la personne ne réponde pas aux critères d'exclusion, que l'hygiène des mains est réalisée, que le masque est porté adéquatement et que la personne a bien signé le registre).</p> <p>Pour les personnes proches aidantes ou les personnes (personnes proches aidantes ou visiteurs) :</p> <p>Pour le palier d'alerte rouge et lorsque l'usager est en isolement ou lorsque le milieu de vie est en éclosion, les milieux de vie doivent mettre en place les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les milieux de vie doivent demander aux résidents, aux usagers confiés ou à leur représentant d'identifier un maximum de 4 personnes proches aidantes afin de restreindre le nombre de personnes différentes pouvant avoir accès à l'intérieur du milieu de vie. • Le jugement clinique demeure important dans toutes les situations afin d'éviter l'épuisement des personnes proches aidantes ou encore selon l'état psychologique des résidents ainsi la liste pourrait être évolutive pour tenir compte des éléments précédents. • Pour avoir accès à l'intérieur du milieu, la personne proche aidante doit être formée avec les mesures PCI à respecter. • Pour avoir accès à l'extérieur sur le terrain du milieu de vie, les PPA (palier d'alerte rouge) doivent au minimum être accompagnées à leur arrivée dans l'application des mesures PCI (s'assurer que la personne ne réponde pas aux critères d'exclusion, que l'hygiène des mains est réalisée, que le masque est porté adéquatement et que la personne a bien signé le registre). <p>La présente directive a préséance sur les autres directives lorsque les mêmes mesures sont abordées, par exemple, relativement aux autres directives sur les milieux de vie ou sur les personnes proches aidantes.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : sans objet

Direction ou service ressource :	<p>Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial guichetRIRTF@msss.gouv.qc.ca Direction du soutien à domicile certification@msss.gouv.qc.ca</p>
Documents annexés :	<p>✓ Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD, RI-RTF enfants et adultes, RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers, RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA), milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte), centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale</p>

Émission :	08-02-2021
------------	------------

Mise à jour :	21-07-2021
---------------	------------

	✓ Tableau B : Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)
--	-----------------------------------------------------------------------------------

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 DGAPA
Natalie Rosebush

Original signé par

La sous-ministre adjointe DGPPFC
Chantal Maltais

Lu et approuvé par

La sous-ministre
Dominique Savoie

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Pour les consignes concernant le port du masque et la distanciation physique, se référer aux mesures suivantes :

À partir du **21 juillet 2021**, dans les installations/milieus où il n'y a pas de cas suspecté ou confirmé de COVID-19 à la fois chez les résidents/usagers et travailleurs situés sur un territoire en palier d'alerte vert :

- Il est possible de tenir des activités ou des rencontres dans un espace commun à l'intérieur comme à l'extérieur entre les résidents/usagers **considérés protégés**¹ sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres et sans le port de masque (par exemple: activités pour prévenir le déconditionnement, regroupement au salon, activités de loisirs). Pour les résidents/usagers **considérés non protégés**² ou **partiellement protégés**³, la distanciation physique de 2 mètres et le port du masque seront requis;
- Pour les activités où les personnes chantent, la distanciation physique de 2 mètres doit être maintenue entre les résidents/usagers et entre les résidents/usager et le chanteur et le port du masque est requis pour les personnes;
- Il est possible d'accueillir des personnes proches aidantes (PPA) et visiteurs **considérés protégés** dans la chambre du résident/usager ou à l'extérieur sur le terrain du milieu ou de l'installation sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres et sans le port du masque pour les usagers et les personnes proches aidantes/visiteurs. Pour les PPA/visiteurs **considérés non protégés** ou **partiellement protégés**, la distanciation physique de 2 mètres et le port du masque seront requis;
- Lorsque la personne proche aidante/visiteur entre dans le milieu de vie et est présent dans les aires communes, à l'intérieur (circule ou participe à une activité), le port du masque de qualité médicale en tout temps est requis⁴ de même que la distanciation physique de 2 mètres avec les autres usagers/résidents et les travailleurs;
- Les travailleurs/bénévoles de ces milieux doivent respecter les exigences de la CNESST et les recommandations de l'INSPQ concernant la distanciation physique à respecter et le port des équipements de protection individuelle;
- Lorsque les travailleurs offrent des soins et des services, le résident/usager doit porter le masque de qualité médicale selon les indications prévues à la directive DGSP-014 (sauf pour les milieux de vie où l'exploitant/responsable partage son lieu de résidence avec les résidents/usagers).

Si cas suspecté ou confirmé, réintroduction de la distanciation physique de 2 mètres et port du masque pour tous les résidents/usagers et PPA/visiteurs dans le milieu (bâtisse).

Si le cas suspecté ou l'écllosion est localisée : l'équipe PCI pourrait autoriser à limiter les mesures de réintroduction de la distanciation physique de 2 mètres et du port du masque à une unité ou étage concerné.

¹ Considérée protégée :

- elle a reçu une deuxième dose de vaccin depuis 7 jours et plus au moment de son exposition;
- elle a reçu une dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis 14 jours et plus après la dose;
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis moins de 6 mois (vaccinée ou pas);
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis plus de 6 mois suivi par au moins une dose de vaccin depuis plus de 7 jours au moment de son exposition.

² Personne considérée non protégée si :

- elle n'a pas eu d'épisode confirmé de COVID-19 ET elle est non vaccinée (ou elle a été vaccinée depuis moins de 14 jours);
- elle a eu un épisode confirmé de COVID-19 depuis plus de 12 mois ET elle est non vaccinée (ou elle a été vaccinée depuis moins de 7 jours après une dose);
- elle est immunosupprimée (vaccinée ou pas, épisode de COVID-19 antérieur ou pas).

³ Personne partiellement protégée si :

- elle a reçu une dose de vaccin depuis plus de 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson);
- elle a reçu une deuxième dose de vaccin depuis moins de 7 jours;
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis plus de 6 mois et de 12 mois et moins ET elle est non vaccinée;
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis plus de 6 mois et de 12 mois et moins et elle est vaccinée avec une dose depuis moins de 7 jours au moment de son exposition.

⁴ Sauf lorsqu'il partage un repas à la salle à manger commune

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Il est à noter que ces mesures sont appelées à évoluer selon la situation épidémiologique. Ainsi, il est possible que la distanciation physique de 2 mètres et le port de masque soient réintroduits comme mesures de prévention et de contrôle des infections.

Les autres mesures PCI suivantes doivent être poursuivies lors des activités tenues à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu/installation:

- l'hygiène des mains;
- la désinfection des surfaces fréquemment touchées («high touch») et les surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune. Ces équipements et surfaces doivent être nettoyés et désinfectés au moins une fois par jour (à augmenter selon l'achalandage ou la situation épidémiologique) ou entre chaque groupe et jusqu'à 4 fois par jour lors d'une éclosion. Pour les objets ne pouvant pas être désinfectés prévoir un délai de 24 heures avant réutilisation par une autre personne.

Pour certaines mesures présentées dans le tableau A, des précisions particulières seront apportées.

Pour les mesures non abordées dans le présent tableau, se référer aux directives ministérielles sur le sujet.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A Directives applicables dans les : <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition ⁵) et visiteurs (voir définition ⁶)					
À l'intérieur du milieu, dans la chambre, dans l'unité locative ou dans une pièce dédiée En fonction de la capacité d'accueil de la chambre, dans l'unité locative ou dans une pièce dédiée afin de maintenir une distanciation physique recommandée selon le niveau de protection des personnes concernées ⁷	Permis Maximum 9 personnes ⁸ à la fois (10 personnes avec l'usager/résident) Pour les usagers/résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.	Permis Les personnes ⁸ provenant d'une même résidence à la fois Pour les usagers/résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.	Permis 1 personne ⁸ à la fois ⁹ Pour les usagers/résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs.	Permis pour les PPA À partir de la liste des PPA, 1 PPA formée connue et identifiée du milieu de vie à la fois ⁹ pour un maximum 2 PPA formées, connues et identifiées par jour. Pour les usagers/résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs.	Permis pour les PPA À partir de la liste des PPA, 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie par jour. Pour les usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs.

⁵ Personne proche aidante : Toute personne qui apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme et est offert de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. La famille proche et immédiate doit ainsi tout comme les personnes proches aidantes répondant à la définition pouvoir avoir accès au milieu de vie de son proche. La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents usagers.

⁶ Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique.

⁷ Voir les mesures applicables présentées aux pages 1 et 2 du présent document

⁸ Pour les paliers d'alerte vert, jaune et orange, ces personnes doivent répondre soit à la définition de personne proche aidante ou de visiteur et elles doivent être accueillies pour l'application des mesures PCI.

⁹ Dans une situation exceptionnelle, il pourrait être permis que 2 parents d'une même bulle puissent avoir accès en même temps au milieu de vie, et ce, selon le jugement clinique.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

<p style="text-align: center;">TABLEAU A Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger)	<p>Permis</p> <p>Réduire le nombre de personnes¹⁰ pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de respecter en tout temps la distanciation physique et les autres mesures PCI recommandées selon le niveau de protection des personnes concernées⁷;</p> <p>Les personnes autorisées à l'intérieur peuvent accompagner l'utilisateur/résident à la salle à manger en respect des règles usuelles du milieu.</p>	<p>Permis</p> <p>Réduire le nombre de personnes¹⁰ pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures PCI.</p> <p>Les personnes autorisées à l'intérieur peuvent accompagner l'utilisateur/résident à la salle à manger en respect des règles usuelles du milieu.</p>	<p>Non permis</p> <p>Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner l'utilisateur pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur.</p> <p>Sauf pour la personne autorisée à l'intérieur qui peut accompagner l'utilisateur/résident à la salle à manger en respect des règles usuelles du milieu de vie.</p>	<p>Non permis</p> <p>Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner l'utilisateur/résident pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur.</p>	<p>Non permis</p> <p>Sauf pour circuler vers la chambre.</p>
Sur le terrain du milieu de vie Pour s'assurer de l'application des conditions selon les paliers d'alerte, au même titre que des	<p>Permis</p> <p>Maximum 9 personnes¹⁰ en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p>	<p>Permis</p> <p>Maximum 5 personnes¹⁰ en même temps en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p>	<p>Permis</p> <p>Maximum 5 personnes¹⁰ en même temps en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p>	<p>Permis</p> <p>Maximum 3 PPA¹¹ en même temps par jour en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p>	<p>Isolement préventif ou isolement : Non permis</p> <p>Si écloison localisée : Non Permis, sauf si autorisation de l'équipe PCI.</p>

¹⁰ Pour les paliers d'alerte vert et jaune et orange, ces personnes doivent répondre soit à la définition de personne proche aidante ou de visiteur et elles doivent être accueillies pour l'application des mesures PCI.

¹¹ Pour le palier d'alerte rouge, ces personnes proches aidantes peuvent être inscrites ou non sur la liste, l'important c'est de correspondre à la définition de personnes proche aidante. Elles doivent être accueillies l'arrivée pour l'application des mesures PCI.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

<p align="center">TABLEAU A Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
<p>membres du personnel, des bénévoles pourraient être mis à contribution pour accueillir les personnes proches aidantes ou les visiteurs et s'assurer du respect des directives en vigueur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • respect des mesures PCI; • port du masque et distanciation physique recommandés selon le niveau de protection des personnes concernées⁷ • aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie, sauf pour se rendre à la cour extérieure; • signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant. 	<p>Pour les RTF, les RIMA, les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers : suivre les consignes de la population générale pour les rassemblements extérieurs sur les terrains privés.</p>	<p>Pour les RTF, les RIMA, les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers : suivre les consignes de la population générale pour les rassemblements extérieurs sur les terrains privés.</p>	<p>Pour les RTF, les RIMA, les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers : suivre les consignes de la population générale pour les rassemblements extérieurs sur les terrains privés.</p>	<p>Pour les RTF, les RIMA, les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers : suivre les consignes de la population générale pour les rassemblements extérieurs sur les terrains privés.</p>	
<p>Marche entre la PPA et l'utilisateur à l'extérieur du terrain du milieu de vie</p>	<p>Permis ou non selon la condition clinique de l'utilisateur</p>	<p>Permis ou non selon la condition clinique de l'utilisateur</p>	<p>Permis ou non selon la condition clinique de l'utilisateur</p>	<p>Permis ou non selon la condition clinique de l'utilisateur</p>	<p>Isolement préventif ou isolement : Se référer aux mesures d'adaptation prévues à la Directive RI-RTF enfants,</p>

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

<p align="center">TABLEAU A Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
					adultes et aînés DGAPA-013 et la Directive sur les mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement dans le contexte de la pandémie en RAC, URCl, foyers de groupes, internats, RI-RTF jeunesse, milieux de réadaptation et hospitalisation en santé mentale, DGPPFC-045. Si écloison est localisée : Non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Autres					
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière, etc.) et hors établissement (ex. audioprothésiste) Personnel des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) ou travailleur dans le cadre la modalité allocation	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique. Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels seulement.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A Directives applicables dans les : <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
directe/chèque emploi service (AD/CES) (RPA seulement)					
Personnel engagé (par l'utilisateur ou la PPA) (ex. soins de pieds, coiffeuse, etc.)	Permis À la condition suivante : <ul style="list-style-type: none"> • accueillir dans le milieu pour l'application des mesures PCI. 	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • limiter le nombre de personnes différentes dans le milieu de vie par jour; • restreindre à un service privé offert par jour par usager; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • limiter le nombre de personnes différentes dans le milieu de vie par jour; • restreindre à un service privé offert par jour par usager; • privilégier le recours à du personnel connu du milieu de vie et stable; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	Non permis Sauf pour services essentiels.	Non permis Sauf pour services essentiels.
Personnel rémunéré par le milieu pour des activités de loisirs (ex. musicothérapie, musiciens, zoothérapie, chanteur) Les conditions pour tenir l'activité sont précisées à la page 16	Permis : musicothérapie, musiciens, zoothérapie et chanteur. À la condition suivante :	Permis : musicothérapie, musiciens (sauf pour les instruments à vent), zoothérapie et chanteur. À la condition suivante : <ul style="list-style-type: none"> • formation PCI obligatoire. 	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent), zoothérapie et chanteur Aux conditions suivantes :	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent), zoothérapie et chanteur Aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • sous supervision d'un membre du personnel ou d'un bénévole; • formation PCI obligatoire; 	

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

<p align="center">TABLEAU A Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	<ul style="list-style-type: none"> • accueillir dans le milieu pour l'application des mesures PCI. 		<ul style="list-style-type: none"> • sous supervision d'un membre du personnel ou d'un bénévole; • formation PCI obligatoire; • fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> • le personnel doit être dédié à un seul milieu de vie; • avec l'autorisation de l'équipe PCI. <p>Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis</p>	
Bénévoles	<p>Permis à la condition suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • accueillir dans le milieu pour l'application des mesures PCI, incluant le port du masque et la distanciation physique. 	<p>Permis, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • limiter le nombre différent de bénévoles par jour dans le milieu de vie; • privilégier une équipe stable; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	<p>Permis, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; • privilégier une équipe stable. • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par bulle. 	<p>Permis, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; • privilégier une équipe stable ; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par bulle; • en concertation entre le gestionnaire/responsable de l'installation/ressource et l'équipe PCI locale. 	Non permis

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A Directives applicables dans les : <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
				Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis	
Travailleurs pour : construction, rénovation, réparation, menus travaux, livraison de meubles, etc.	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité et la livraison de meubles.	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité.
Visites de location (RPA seulement)	Permis	Permis Limiter le nombre de visites par jour et limiter à 3 le nombre de personnes présentes lors de la visite si la distanciation physique de 2 mètres le permet.	Permis Favoriser les visites virtuelles ou limiter la fréquence. S'assurer de mettre en place toutes les mesures PCI et limiter le nombre de personnes présentes lors de la visite, soit au futur résident et à une personne proche aidante qui peut l'accompagner. Assurer une distanciation physique de 2 mètres.	Non recommandé Favoriser les visites virtuelles ou limiter la fréquence. S'assurer de mettre en place toutes les mesures PCI et limiter le nombre de personnes présentes lors de la visite, soit au futur résident et à une personne proche aidante qui peut l'accompagner. Assurer une distanciation physique de 2 mètres.	Non permis Sauf pour urgence.
Visites des équipes responsables de la certification des RPA (RPA seulement)	Permis	Permis	Permis	Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A Directives applicables dans les : <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visites ministérielles d'inspection (RPA seulement)	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents.
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis
Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada (RPA seulement)	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'utilisateur (RI-RTF seulement)	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis
Livraison pour les usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation.	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation.	Permis Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, nettoyage et désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 24 heures et remis à l'utilisateur en respectant les mesures de PCI.	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, nettoyage et désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 24 heures et remis à l'utilisateur en respectant les mesures de PCI.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

<p align="center">TABLEAU A Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
				Hygiène des mains avant et après la manipulation.	Hygiène des mains avant et après la manipulation.
Animaux de compagnie qui accompagnent une personne proche aidante à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu de vie	Permis, selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec ce dernier.	Permis, selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec ce dernier.	Permis, selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec ce dernier.	Permis, selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec ce dernier.	Non permis
Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence)	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005.	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005.	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005.	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005.	Non permis
Nettoyage des vêtements des résidents par les familles (RPA seulement)	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de deux mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation. Ou	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation. Ou	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation. Ou	Permis Maximum de 2 personnes, en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation. Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.	

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

<p align="center">TABLEAU A Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.	Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.	Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.	<p>Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Maximum 1 personne, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation.</p> <p>Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.</p>	
Usagers/Activités¹²					
Repas à la salle à manger	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les usagers/résidents respectent le port du masque (médical ou couvre-visage) et la 	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les usagers/résidents respectent le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), la distanciation physique 	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les usagers/résidents respectent le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), la distanciation physique 	<p>Permis</p> <p>En réduisant le nombre d'usagers/résidents en même temps, en augmentant les heures de repas, en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps ou en appliquant le concept de bulle, sauf pour les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant</p>	<p>Isolement préventif ou isolement :</p> <p>Non permis</p> <p>Si éclosion localisée : Non permis, sauf si autorisation de l'équipe PCI.</p>

¹² Les usagers/résidents **considérés protégés** peuvent utiliser en même temps l'ascenseur sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres et sans le port du le masque de qualité médicale. Toutefois, une hygiène des mains est recommandée avant d'entrer dans l'ascenseur. Plusieurs usagers/résidents **considérés non protégés ou partiellement protégés** peuvent utiliser en même temps l'ascenseur sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres à condition que ceux-ci portent le masque de qualité médicale et qu'une hygiène des mains soient effectuée avant d'entrer dans l'ascenseur.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A
Directives applicables dans les :

- CHSLD;
- RI-RTF enfants et adultes;
- RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers;
- RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA);
- Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte);
 - Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale.

Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	<p>distanciation physique recommandées selon le niveau de protection des personnes concernées⁷ et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maximum 10 personnes par table, privilégier le regroupement des mêmes usagers/résidents à une table déterminée. • S'assurer d'une distanciation entre 1,5 et 2 mètres entre chaque table. • De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit 	<p>de 2 mètres et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maximum 6 personnes par table, privilégier le regroupement des mêmes usagers/résidents à une table déterminée. • S'assurer d'une distanciation entre 1,5 et 2 mètres entre chaque table. • De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service. • Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. 	<p>de 2 mètres et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maximum 4 personnes par table, privilégier le regroupement des mêmes usagers à une table déterminée. • S'assurer d'une distanciation de 2 mètres entre chaque table • De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service. • Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. • Les personnes proches aidantes et les visiteurs ne peuvent pas avoir accès à la salle à manger. 	<p>partage leur lieu principal de résidence avec les usagers.</p>	

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

<p align="center">TABLEAU A Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	<p>nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. • 4 personnes (personnes proches aidantes ou visiteurs) peuvent avoir accès à la salle à manger avec l'utilisateur, et ce, à la même table. <p>Sauf pour les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2 personnes (personnes proches aidantes ou visiteurs) peuvent avoir accès à la salle à manger avec l'utilisateur à la même table. <p>Sauf pour les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers.</p>	<p>Sauf pour les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers</p>		
Repas à la chambre	<p>Non recommandé</p> <p>Sauf si condition clinique particulière de l'utilisateur ou pour respecter le choix de l'utilisateur/résident.</p>	<p>Non recommandé</p> <p>Sauf si condition clinique particulière de l'utilisateur ou pour respecter le choix de l'utilisateur/résident.</p>	<p>Non recommandé</p> <p>Sauf si condition clinique particulière ou pour respecter le choix de l'utilisateur/résident.</p>	<p>Non recommandé</p> <p>Sauf si condition clinique particulière ou pour respecter le choix de l'utilisateur/résident.</p>	<p>Isolement préventif ou isolement : nécessaire</p> <p>Si éclosion localisée : Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou</p>

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

<p align="center">TABLEAU A Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
<p>Activités de groupe à l'intérieur du milieu ou à l'extérieur sur le terrain entre usagers/résidents afin de prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique</p> <p>Le port du masque médical ou couvre-visage et la distanciation est variable, et ce, en fonction du niveau de protection des personnes concernées⁷. Une l'hygiène des mains est recommandée avant l'activité. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque groupe.</p>	<p>Permis Si partage d'objets, désinfection du matériel entre chaque activité, sauf pour les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers/résidents.</p>	<p>Permis Si partage d'objets, désinfection du matériel entre chaque activité, sauf pour les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers/résidents.</p>	<p>Permis Absence de partage d'objets (sauf si application du concept de bulle), sauf pour les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers/résidents.</p>	<p>Permis Absence de partage d'objets (sauf si application du concept de bulle), sauf pour les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers/résidents.</p>	<p>pour respecter le choix de l'utilisateur avec autorisation de l'équipe PCI.</p> <p>Isolement préventif/Isolement : Non permis. Si éclosion localisée : Non permis sauf avec autorisation de l'équipe PCI</p>

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A Directives applicables dans les : <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Activité de musicothérapie, musiciens, zoothérapie et chanteur à l'intérieur du milieu de vie	Permis : musicothérapie, musicien, zoothérapie et chanteur Permis : chanteur à l'intérieur • accueillir dans le milieu pour l'application des mesures PCI.	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent), zoothérapie et chanteur À la condition suivante : • formation PCI obligatoire.	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent), zoothérapie et chanteur Aux conditions suivantes : • sous supervision d'un membre du personnel ou d'un bénévole; • formation PCI obligatoire; • fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie.	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent) zoothérapie et chanteur Aux conditions suivantes : • sous supervision d'un membre du personnel ou d'un bénévole; • formation PCI obligatoire; • le personnel doit être dédié à un seul milieu de vie; • avec l'autorisation de l'équipe PCI.	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Activité de musicothérapie, musiciens, zoothérapie à l'extérieur sur le terrain du milieu de vie Le port du masque médical ou couvre-visage et la distanciation est variable, et ce, en fonction du niveau de protection des personnes concernées ⁷ . Une hygiène des mains est requise avant l'activité et lors du retour dans le milieu de vie. Désinfection du matériel entre chaque activité.	Permis avec un maximum de 50 usagers/résidents	Permis avec un maximum de 12 usagers/résidents	Permis avec un maximum de 12 usagers/résidents	Permis avec un maximum de 8 usagers/résidents	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.
			Mesures effectives depuis le 11 juin 2021		
			Permis avec un maximum de 25 personnes		

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d’alerte

TABLEAU A Directives applicables dans les : <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l’exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d’alerte 1	Palier d’alerte 2	Palier d’alerte 3	Palier d’alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Événements à l’extérieur sur le terrain du milieu de vie Ex. spectacle extérieur avec chanteur, festivités extérieures, pique-nique, etc.	<u>Mesures effectives depuis le 25 juin 2021</u>				Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l’autorisation de l’équipe PCI.
Activités socio-professionnelles (école, stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis	Permis	Permis en fonction des consignes qui s’appliquent à la population générale. Pour les territoires avec mesures spéciales d’urgence : Suivre les mesures pour la population générale.	Non permis Si éclosion localisée : avec l’autorisation de l’équipe PCI, pour l’usager qui exerçait déjà l’activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19.

¹³ Pour l’extérieur, le port du masque est recommandé si la distanciation physique n’est pas possible

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A Directives applicables dans les : <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Sorties ¹⁴ seuls ou accompagnés d'un PPA (ex. : restaurant, pharmacie, commerce) Sorties pour rendez-vous médicaux ¹⁵ ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'utilisateur/résident.	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'utilisateur/résident. Peut être accompagné par un ou deux PPA.	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'utilisateur/résident. Peut être accompagné d'un ou deux PPA. Se référer aux consignes applicables pour la population générale pour les commerces et restaurant.	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'utilisateur/résident. Peut être accompagné d'un ou deux PPA. Se référer aux consignes applicables pour la population générale pour les commerces et restaurant. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Privilégier la livraison Le cas échéant, limiter aux sorties essentielles en fonction des mesures applicables pour la population générale.	Isolement préventif/Isolement : Non permis sauf dans le cas d'un rendez-vous médical, si la vie de la personne est en danger, favoriser la consultation et l'intervention à distance. Si éclosion localisée : limiter la fréquence aux sorties essentielles avec autorisation de l'équipe PCI.
Marche extérieure	Marche extérieure : Permis Supervisée ou non selon la condition / problématique de l'utilisateur.	Marche extérieure : Permis Supervisée ou non selon la condition / problématique de l'utilisateur.	Marche extérieure : Permis Supervisée ou non selon la condition / problématique de l'utilisateur.	Marche extérieure : Permis Supervisée ou non selon la condition / problématique de l'utilisateur.	Isolement préventif/Isolement : Non permis. Si éclosion localisée : Non permis sauf avec autorisation de l'équipe PCI.

¹⁴ Sortie liée au contact parent-enfant : Pour les paliers d'alerte vert, jaune et orange, permis en respectant les mesures édictées par la santé publique ainsi que l'arrêté ministériel 2020-032 et l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant.

¹⁵ Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A Directives applicables dans les : <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Pour un usager ¹⁶ qui veut se rendre dans un rassemblement dans un domicile privé à l'intérieur (peu importe la durée)	Permis selon la condition / problématique de l'utilisateur/résident En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Permis selon la condition / problématique de l'utilisateur/résident En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale	Non permis RI de type appartement supervisé : Sauf pour une personne résidant seule en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Non permis RI de type appartement supervisé : Sauf pour une personne résidant seule en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Non permis en tout temps pour les personnes en isolement. Si éclosion localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées avec l'autorisation de l'équipe PCI
Pour un usager ¹⁰ qui veut se rendre dans un rassemblement dans un domicile privé à l'extérieur	Permis selon la condition / problématique de l'utilisateur/résident En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Permis selon la condition / problématique de l'utilisateur/résident En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Permis selon la condition / problématique de l'utilisateur/résident En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Permis selon la condition / problématique de l'utilisateur/résident En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Non permis en tout temps pour les personnes en isolement. Si éclosion localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées avec l'autorisation de l'équipe PCI
Congé temporaire dans la communauté	Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur.	Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur.	Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur.	Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur.	Non permis pour les personnes en isolement.
Personnel/remplaçant/stagiaire¹⁷					
Personnel/remplaçants dédiés à un milieu de vie	Favorisé	Recommandé	Fortement recommandé.	Fortement recommandé.	Obligatoire.
Personnel/remplaçant dédié à l'étage ou en respectant les	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé.	Obligatoire

¹⁶ Suivre les consignes émises par la Santé publique pour la population générale pour connaître les situations où un isolement est nécessaire. Consulter Québec.ca la section Quand faut-il s'isoler (COVID-19)

¹⁷ Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines, notamment la directive sur les stagiaires et sur la mobilité.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

<p align="center">TABLEAU A Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RI-RTF enfants et adultes; • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); • Milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); <ul style="list-style-type: none"> • Centres de crise en santé mentale et RAC en santé mentale. 					
Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
différentes zones (chaude, tiède, froide)					
Recours au personnel d'agence	Permis Prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI.	Permis Prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI.	Permis En dernier recours, prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI.	Permis En dernier recours selon le plan de contingence et si le personnel est exclusif à la résidence. S'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI.	Permis En dernier recours selon le plan de contingence et si le personnel est exclusif à la résidence. S'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI.
Changement de vêtement avant et après chaque quart de travail	Recommandé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

Si dans le même immeuble on retrouve un milieu de vie (CHSLD, RI ou RPA) et d'autres services tels que des services de réadaptation, un centre de jour, un organisme qui offre du répit avec hébergement, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les différents services se trouvent sur des étages différents;
- les pièces communes (salle à manger, salon) sont distinctes, selon le milieu de vie, à la fois pour les usagers et pour les membres du personnel;
- les employés sont dédiés à chacun des services.

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les usagers/résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque médical ou du couvre-visage de même que la tenue d'un registre pour les sorties et entrées des usagers, des visiteurs et du personnel doivent être appliquées selon l'arrêté ministériel 2020-064, et ce, même si la vocation principale est RI ou RTF.

Les principes précédents sont applicables à l'ensemble des directives qui pourraient être concernées par la mixité.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Les mesures présentées tiennent compte qu'au moins 75 % des résidents ont reçu deux doses de vaccin ainsi que des assouplissements annoncés dans le plan de déconfinement pour la population générale.

Pour les consignes concernant le port du masque et la distanciation physique, se référer aux mesures suivantes :

À partir du 21 juillet 2021, dans les résidences privées pour aînés où il n'y a pas de cas suspecté ou confirmé de COVID-19 à la fois chez les résidents et travailleurs situés sur un territoire en palier d'alerte vert :

- Il est possible de tenir des activités ou des rencontres dans un espace commun à l'intérieur comme à l'extérieur entre les résidents **considérés protégés**¹ sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres et sans le port de masque (par exemple : activités pour prévenir le déconditionnement, regroupement au salon, activités de loisirs). Pour les résidents **considérés non protégés**² ou **partiellement protégés**³ la distanciation physique de 2 mètres et le port du masque seront requis;
- Pour les activités où les personnes chantent, la distanciation physique de 2 mètres doit être maintenue entre les résidents et entre les résidents et le chanteur et le port du masque est requis pour les personnes;
- Il est possible d'accueillir des personnes proches aidantes et visiteurs **considérés protégés** dans l'unité locative du résident ou à l'extérieur sur le terrain de la RPA sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres et sans le port du masque pour les usagers et les personnes proches aidantes/visiteurs. Pour les PPA/visiteurs **considérés non protégés** ou **partiellement protégés**, la distanciation physique de 2 mètres et le port du masque seront requis;
- Lorsque la personne proche aidante/visiteur entre dans la RPA et est présent dans les aires communes, à l'intérieur (circule ou participe à une activité), le port du masque de qualité médicale en tout temps est requis⁴ de même que la distanciation physique de 2 mètres avec les autres résidents et les travailleurs;
- Les travailleurs/bénévoles des RPA doivent respecter les exigences de la CNESST et les recommandations de l'INSPQ concernant la distanciation physique à respecter et le port des équipements de protection individuelle;

¹ Considérée protégée :

- elle a reçu une deuxième dose de vaccin depuis 7 jours et plus au moment de son exposition;
- elle a reçu une dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis 14 jours et plus après la dose;
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis moins de 6 mois (vaccinée ou pas);
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis plus de 6 mois suivi par au moins une dose de vaccin depuis plus de 7 jours au moment de son exposition.

² Personne considérée non protégée si :

- elle n'a pas eu d'épisode confirmé de COVID-19 ET elle est non vaccinée (ou elle a été vaccinée depuis moins de 14 jours);
- elle a eu un épisode confirmé de COVID-19 depuis plus de 12 mois ET elle est non vaccinée (ou elle a été vaccinée depuis moins de 7 jours après une dose)
- elle est immunosupprimée (vaccinée ou pas, épisode de COVID-19 antérieur ou pas).

³ Personne partiellement protégée si :

- elle a reçu une dose de vaccin depuis plus de 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson);
- elle a reçu une deuxième dose de vaccin depuis moins de 7 jours;
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis plus de 6 mois et de 12 mois et moins ET elle est non vaccinée;
- elle a eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis plus de 6 mois et de 12 mois et moins et elle est vaccinée avec une dose depuis moins de 7 jours au moment de son exposition.

⁴ Sauf lorsqu'il partage un repas à la salle à manger commune.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

- Lorsque les travailleurs offrent des soins et des services, le résident doit porter le masque de qualité médicale selon les indications prévues à la directive DGSP-014 (sauf pour les milieux de vie où l'exploitant/responsable partage son lieu de résidence avec les résidents/usagers).

Si cas suspecté ou confirmé, réintroduction de la distanciation physique de 2 mètres et port du masque pour tous les résidents et PPA/visiteurs dans la RPA (bâtisse).

Si le cas suspecté ou l'écllosion est localisée : l'équipe PCI pourrait autoriser à limiter les mesures de réintroduction de la distanciation physique de 2 mètres et du port du masque à une unité ou étage concerné.

Il est à noter que ces mesures sont appelées à évoluer selon la situation épidémiologique. Ainsi, il est possible que la distanciation physique de 2 mètres et le port de masque soient réintroduits comme mesures de prévention et de contrôle des infections.

Les autres mesures PCI suivantes doivent être poursuivies lors des activités tenues à l'intérieur ou à l'extérieur de la RPA :

- l'hygiène des mains;
- la désinfection des surfaces fréquemment touchées («high touch») et les surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune. Ces équipements et surfaces doivent être nettoyés et désinfectés au moins une fois par jour (à augmenter selon l'achalandage ou la situation épidémiologique) ou entre chaque groupe et jusqu'à 4 fois par jour lors d'une écllosion. Pour les objets ne pouvant pas être désinfectés prévoir un délai de 24 heures avant réutilisation par une autre personne.

Pour certaines mesures présentées dans le tableau B, des précisions particulières seront apportées.

Pour les mesures non abordées dans le présent tableau, se référer aux directives ministérielles sur le sujet.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnes proches aidantes (PPA) et visiteurs (voir définition⁵ et ⁶)					
À l'intérieur dans l'unité locative peu importe la durée incluant un coucher	Permis Maximum 9 personnes ⁸ à la fois (10 personnes avec le résident).	Permis Les personnes ⁸ provenant d'une même résidence à la fois.	Permis 1 personne ⁸ à la fois.	Permis pour les PPA À partir de la liste des PPA, 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie à la fois pour un maximum 2 PPA formées, connues et identifiées par jour.	Permis pour les PPA À partir de la liste des PPA, 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie par jour.
En fonction de la capacité d'accueil de l'unité locative afin de maintenir une distanciation physique recommandée selon le niveau de protection des personnes concernées ⁷	Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.	Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.	Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.	Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.	Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.
À l'intérieur de la résidence dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger)	Permis Réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique et les autres mesures PCI recommandées	Permis Réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures PCI.	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative ou accompagner le résident pour une marche dans un corridor en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres avec les autres résidents et avec le port du masque médical.	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative ou accompagner le résident pour une marche dans un corridor en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres avec les autres résidents et avec le port du masque médical.	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative.

⁵ Personne proche aidante : Toute personne qui apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme et est offert de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. La famille proche et immédiate doit ainsi tout comme les personnes proches aidantes répondant à la définition pouvoir avoir accès au milieu de vie de son proche. La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.

⁶ Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aîné avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique.

⁷ Voir les mesures applicables aux pages 1 et 2 du présent document.

⁸ Pour les paliers d'alerte vert, jaune et orange, ces personnes doivent répondre soit à la définition de personne proche aidante ou de visiteur et elles doivent être accueillies pour l'application des mesures PCI.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	selon le niveau de protection des personnes concernées ⁷ .		<p>Sauf pour la personne autorisée à l'intérieur qui peut accompagner le résident à la salle à manger en respect des règles usuelles de la RPA.</p> <p>Exception permise pour l'accès au salon pour les PPA dans les RPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour les résidents qui vivent dans une unité locative de type chambre. <p>À ce moment-là, les mesures suivantes doivent être respectées:</p> <ul style="list-style-type: none"> Réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures PCI. 		
<p>Sur le terrain extérieur de la RPA</p> <p>Pour s'assurer de l'application des conditions précisées selon les</p>	<p>Permis</p> <p>Maximum 9 personnes⁹ en même temps en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p>	<p>Permis</p> <p>Maximum 5 personnes⁹ en même temps en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p>	<p>Permis</p> <p>Maximum 5 personnes⁹ en même temps en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p>	<p>Permis</p>	<p>Isolement préventif/Isolement : Non permis</p>

⁹ Pour les paliers d'alerte vert, jaune et orange, ces personnes doivent répondre soit à la définition de personne proche aidante ou de visiteur et elles doivent être accompagnées pour l'application des mesures PCI.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d’alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d’alerte 1	Palier d’alerte 2	Palier d’alerte 3	Palier d’alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
<p>paliers d’alerte, au même titre que des membres du personnel, des bénévoles pourraient être mis à contribution pour accueillir les personnes proches aidantes ou les visiteurs et s’assurer du respect des directives en vigueur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • respect des mesures PCI; • port du masque ou couvre-visage et distanciation physique recommandés selon le niveau de protection des personnes concernées⁷; • aucun déplacement à l’intérieur du milieu de vie, sauf pour se rendre à la cour extérieure; • signature d’un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d’enquête épidémiologique, le cas échéant. 				<p>Maximum 3 PPA¹⁰ en même temps en fonction de la capacité d’accueil du terrain.</p>	<p>Si éclosion localisée : Non permis, sauf avec autorisation de l’équipe PCI</p>

¹⁰ Pour le palier d’alerte rouge, ces personnes proches aidantes peuvent être inscrites ou non sur la liste, l’important c’est de correspondre à la définition de personnes proche aidante. Elles doivent être accompagnées pour l’application des mesures PCI.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Entre les résidents d'une même RPA⁷					
Visites à l'intérieur d'unité locative entre les résidents adéquatement protégés			Permis		Non permis
Autres					
-Professionnels/personnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière) et hors établissement (ex. audioprothésiste) -Personnel rémunéré par la résidence pour des activités de groupe supervisées visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique (ex. récréologue, kinésiologue, personnel des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) ou travailleur dans le cadre la modalité allocation directe/chèque emploi service (AD/CES)	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique. Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels.
Personnel rémunéré par la résidence pour des activités de loisirs (ex. musicothérapie, musiciens, zoothérapie, chanteur)	Permis : musicothérapie, musicien, zoothérapie et chanteur À la condition suivante :	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent), zoothérapie et chanteur	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent), zoothérapie et chanteur	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent), zoothérapie et chanteur	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d’alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d’alerte 1	Palier d’alerte 2	Palier d’alerte 3	Palier d’alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Les conditions pour tenir l’activité sont précisées à la page 16.	<ul style="list-style-type: none"> accueillir dans la RPA pour l’application des mesures PCI. 	À la condition suivante : <ul style="list-style-type: none"> formation PCI obligatoire. 	Aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> formation PCI obligatoire; fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> formation PCI obligatoire; le personnel doit être dédié à un seul milieu de vie. Pour les territoires avec mesures spéciales d’urgence : Non permis	touchées, avec l’autorisation de l’équipe PCI.
Personnel engagé (par le résident ou la PPA) (ex. soins de pieds, coiffeuse, entretien ménager, etc.)	Permis à la condition suivante : <ul style="list-style-type: none"> accueillir dans la RPA pour l’application des mesures PCI. 	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de personnes différentes par jour dans la RPA – condition à adapter selon la réalité du milieu; restreindre un service privé par jour par unité locative; accompagnement pour l’application des mesures PCI. 	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de personnes différentes par jour dans la RPA – condition à adapter selon la réalité du milieu; restreindre un service privé par jour par unité locative; privilégier le recours à du personnel connu du milieu de vie et stable; accompagnement pour l’application des mesures PCI. 	Non permis Sauf pour services essentiels.	Non permis Sauf pour services essentiels.
Services privés offerts dans les murs de la RPA (ex. salon de coiffure, dépanneur)	Permis Avec respect rigoureux des consignes sanitaires ¹¹ . La clientèle autre que résidente est permise, toutefois les déplacements à l’intérieur de la RPA	Permis Avec respect rigoureux des consignes sanitaires ¹¹ . La clientèle autre que résidente est permise, toutefois les déplacements à l’intérieur de la RPA	Permis Seulement pour les résidents de la RPA, avec respect rigoureux des consignes sanitaires ¹¹ , incluant dans la salle d’attente. La clientèle autre que résidente est permise, s’il y a un accès	Permis Aucune salle d’attente Seulement pour les résidents de la RPA, avec respect rigoureux des consignes sanitaires ¹¹ et vérification de leur application. La clientèle autre que	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l’autorisation de l’équipe PCI.

¹¹ Pour plus d’informations, consulter le : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2997-soins-esthetiques-covid19>

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d’alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d’alerte 1	Palier d’alerte 2	Palier d’alerte 3	Palier d’alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	doivent être restreints entre l’entrée de la RPA et le commerce concerné.	doivent être restreints entre l’entrée de la RPA et le commerce concerné.	extérieur seulement et elle ne doit pas circuler dans la résidence.	résidente est permise, s’il y a un accès extérieur seulement et elle ne doit pas circuler dans la résidence. Pour les territoires avec mesures spéciales d’urgence : Salon de coiffure : non permis à l’instar des mesures pour la population générale. Dépanneur : permis seulement pour les résidents de la RPA, avec respect rigoureux des consignes sanitaires et vérification de leur application. La clientèle autre que résidente est permise, s’il y a un accès extérieur seulement et elle ne doit pas circuler dans la résidence.	
Bénévoles	Permis à la condition suivante : • accueillir dans la RPA pour l’application des mesures PCI, incluant, le port du masque et la distanciation physique.	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; • privilégier des équipes stables; • formation PCI obligatoire offerte par l’établissement et accompagnement pour l’application des mesures;	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; • privilégier des équipes stables; • formation PCI obligatoire offerte par l’établissement et accompagnement pour l’application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par résident.	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre de bénévoles différents par jour; • privilégier des équipes stables; • formation PCI obligatoire offerte par l’établissement et accompagnement pour l’application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par résident;	Non permis

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
				<ul style="list-style-type: none"> en concertation entre le responsable de la résidence, l'équipe PCI locale et l'équipe clinique, le cas échéant. 	
				Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis	
Travailleurs pour : construction, rénovation, menus travaux, livraison de meubles, etc.	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité des résidents et la livraison de meubles.	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité des résidents.
Visites de location	Permis	Permis Limiter le nombre de visites par jour et limiter à 3 le nombre de personnes présentes lors de la visite.	Permis Favoriser les visites virtuelles ou limiter la fréquence. S'assurer de mettre en place toutes les mesures PCI et limiter le nombre de personnes présentes lors de la visite, soit au futur résident et à une personne proche aidante qui peut l'accompagner.	Permis S'assurer de mettre en place toutes les mesures PCI et limiter le nombre de personnes présentes lors de la visite, soit au futur résident et à une personne proche aidante qui peut l'accompagner.	Non permis Sauf pour urgence.
Visites des équipes responsables de la certification des RPA de l'établissement	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI.
Visites ministérielles d'inspection	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis
Animaux de compagnie qui accompagnent une personne proche aidante à l'intérieur ou à l'extérieur de la RPA	Permis, selon le règlement de la RPA	Permis, selon le règlement de la RPA.	Permis, selon le règlement de la RPA.	Permis, selon le règlement de la RPA.	Non permis
Nettoyage des vêtements des résidents par les familles	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de 2mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation. Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation. Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation. Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.	Permis Maximum de 2 personnes, en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation. Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Maximum 1 personne, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation. Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.	Non permis

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)	
Résidents					
Activités à la RPA¹²					
Repas à la salle à manger	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les résidents respectent le port du masque (médical ou couvre-visage) et la distanciation physique recommandée selon le niveau de protection des personnes concernées⁷ et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.) Maximum 10 personnes par table, privilégier le regroupement des mêmes résidents à une table déterminée (sans plexiglas et sans distanciation). S'assurer d'une distanciation entre 1,5 et 2 mètres entre chaque table. De plus, une attention particulière devra être apportée 	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les résidents respectent le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), la distanciation du 2 mètres et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.). Maximum 6 personnes par table, privilégier le regroupement des mêmes résidents à une table déterminée (sans plexiglas et sans distanciation). S'assurer d'une distanciation entre 1,5 et 2 mètres entre chaque table. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la 	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les résidents respectent le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), la distanciation du 2 mètres et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.). Maximum 4 personnes par table (idéalement de 2 unités locatives différentes ou de 4 unités locatives différentes), privilégier le regroupement des mêmes résidents à une table déterminée (sans plexiglas et sans distanciation). S'assurer d'une distanciation de 2 mètres entre chaque table. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces 	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'exploitant doit s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures PCI à l'intérieur de la salle à manger ainsi qu'aux abords de celle-ci. Afin de réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à la salle à manger, plusieurs services pour un même repas devront être offerts aux résidents. Le nombre de résidents est déterminé selon la grandeur de la salle permettant le respect de la distanciation de 2 mètres entre les résidents. Il est possible d'installer un plexiglas au milieu d'une petite table afin de 	<p>Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.</p>

¹² Les résidents considérés protégés peuvent utiliser en même temps l'ascenseur sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres et sans le port de masque. Toutefois, une hygiène des mains est recommandée avant d'entrer dans l'ascenseur. Plusieurs résidents considérés non protégés ou partiellement protégés peuvent utiliser en même temps l'ascenseur sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres à condition que ceux-ci portent le masque de qualité médicale et qu'une hygiène des mains soit effectuée avant d'entrer dans l'ascenseur.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B				
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)				
Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
<p>aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. • Retirer les repas style buffet et bar à salades. • 10 personnes (personnes proches aidantes, visiteurs ou résidents uniquement) peuvent avoir accès à la salle à manger à la même table, et ce, sans être assis avec d'autres résidents de la RPA. 	<p>salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. • Retirer les repas style buffet et bar à salades. • Les personnes (personnes proches aidantes ou visiteurs uniquement) provenant d'une résidence peuvent avoir accès à la salle à manger avec le résident (ou occupant de la même unité locative) à la même table, et ce, sans être assis avec d'autres résidents de la RPA. 	<p>fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. • Retirer les repas style buffet et bar à salades • Avec la personne autorisée à l'intérieur de la RPA peut avoir accès à la salle à manger avec le résident (ou occupant de la même unité locative) à la même table, et ce, sans être assis avec d'autres résidents de la RPA. 	<p>permettre de s'asseoir sans avoir à respecter la distanciation physique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service. • Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. • Retirer les repas style buffet et bar à salades. • Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les résidents respectent le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), la distanciation physique de 2 mètres et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.). • Les personnes proches aidantes et les visiteurs ne peuvent pas avoir accès à la salle à manger. 	

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Repas à l'unité locative	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix du résident.	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix du résident.	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix du résident.	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix du résident.	Obligatoire
Activité de groupe supervisée dans la RPA visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique ou de loisir (ex. : musicothérapie, zoothérapie) à l'intérieur de la RPA	Permis avec un maximum de 25 personnes. Le port du masque médical ou couvre-visage et la distanciation est variable, et ce, en fonction du niveau de protection des personnes concernées ⁷ . Si partage d'objet, désinfection avant et après chaque groupe.	Permis avec un maximum de 25 personnes. Si partage d'objet, désinfection avant et après chaque groupe.	Permis avec un maximum de 10 personnes. Avec absence de partage d'objets. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué.	Permis avec un maximum de 8 personnes. Avec absence de partage d'objets. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué.	Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Activité de bingo avec places assises	Permis avec un maximum de 250 personnes	Permis avec un maximum de 250 personnes	Permis avec un maximum de 250 personnes	Permis avec un maximum de 100 personnes	
Piscine	Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. L'accès au vestiaire et aux douches sont permis, aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none">• Si la distanciation physique recommandée entre les résidents est respectée, et ce, en fonction du niveau de	Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. L'accès au vestiaire et aux douches sont permis, aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none">• Si la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents est respectée	Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. L'accès au vestiaire et aux douches sont permis, aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none">• Si la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents est respectée• Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée.	Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. L'accès au vestiaire et aux douches sont permis, aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none">• Si la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents est respectée• Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée.	Non permis Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	<p>protection des personnes concernées⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée. 	<ul style="list-style-type: none"> Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée. 		<p>Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis à l'instar des mesures pour la population générale.</p>	
Salle de conditionnement physique	<p>Avec un nombre restreint de résidents, en fonction de la capacité d'accueil et avec le port du masque lors des déplacements entre appareils ou d'un espace à l'autre, et ce, en fonction du niveau de protection des personnes concernées⁷.</p> <p>L'accès au vestiaire et aux douches sont permis, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la distanciation physique recommandée entre les résidents est respectée, et ce, en fonction du niveau de protection des personnes concernées⁷; Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée. <p>Un registre de présence doit être tenu.</p>	<p>Avec un nombre restreint de résidents, en fonction de la capacité d'accueil et avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements.</p> <p>L'accès au vestiaire et aux douches sont permis, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents est respectée; Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée. <p>Un registre de présence doit être tenu.</p>	<p>Avec un nombre restreint de résidents, en fonction de la capacité d'accueil et avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements.</p> <p>L'accès au vestiaire et aux douches sont permis, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents est respectée; Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée. <p>Un registre de présence doit être tenu.</p>	<p>Permis avec maximum de 8 personnes</p> <p>Sauf, si utilisée aux conditions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> à la suite d'une recommandation d'un professionnel de la santé; sous la supervision d'un membre du personnel ou d'un bénévole formé aux mesures PCI pour une utilisation individuelle (une personne à la fois) pour l'application rigoureuse des mesures PCI et le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements; nettoyage et désinfection entre chaque usage. <p>Le vestiaire doit rester fermé, sauf pour utilisation des salles de bain.</p> <p>Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis à l'instar des mesures pour la population générale.</p>	Non permis

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Espaces communs partagés (ex. : bibliothèque, salon, etc.)	Avec un nombre restreint de résidents, en fonction de la capacité d'accueil, et ce, en fonction du niveau de protection des personnes concernées ⁷ . Si partage d'objet, désinfection avant et après chaque groupe (pour les objets ne pouvant pas être désinfectés prévoir un délai de 24 heures avant réutilisation par une autre personne). Les personnes ⁸ peuvent avoir accès aux espaces communs partagés.	Avec un nombre restreint de résidents, en fonction de la capacité d'accueil. Si partage d'objet, désinfection avant et après chaque groupe (pour les objets ne pouvant pas être désinfectés prévoir un délai de 24 heures avant réutilisation par une autre personne). Les personnes ⁸ peuvent avoir accès aux espaces communs partagés.	Avec un nombre restreint de résidents, en fonction de la capacité d'accueil. Aucun partage d'objets. Les personnes ⁴ ne peuvent avoir accès aux espaces communs partagés sauf exception prévue (voir section s'adressant aux personnes proches aidantes et visiteurs).	Avec un nombre restreint de résidents, en fonction de la capacité d'accueil. Aucun partage d'objets. Les personnes proches aidantes ne peuvent avoir accès aux espaces communs partagés	Non permis Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI pour utilisation individuelle seulement et nettoyage et désinfection après chaque usage.
Espaces communs partagés (ex. : salle de billard, salle de quilles, etc.) où l'activité implique un partage d'objet	Permis En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Permis En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Non permis Sauf pour utilisation individuelle Ou En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Non permis Sauf pour utilisation individuelle Ou En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	
Salle de cinéma maison, auditorium, etc. avec place assise	Permis avec un maximum de 250 personnes	Permis avec un maximum de 250 personnes	Permis avec un maximum de 250 personnes	Permis avec un maximum de 250 personnes	Non permis

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	Le port du masque médical ou couvre-visage et la distanciation est variable, et ce, en fonction du niveau de protection des personnes concernées ⁷ . Pour les résidents considérés non protégés ou partiellement protégés, le masque peut être retiré une fois la personne assise, à condition de demeurer silencieuse.	Le port du masque médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur, mais il peut être retiré une fois la personne assise, à condition de demeurer silencieuse.	Avec supervision d'un membre du personnel ou d'un bénévole formé aux mesures PCI.	Avec supervision d'un membre du personnel ou d'un bénévole formé aux mesures PCI. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis à l'instar des mesures pour la population générale.	Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI.
Spectacle avec musiciens ou chanteurs à l'intérieur de la RPA ou à l'extérieur sur le terrain de la RPA	Permis avec un maximum de 250 personnes Pour les activités où les personnes chantent, la distanciation physique de 2 mètres doit être maintenue entre les résidents et entre les résidents et le chanteur et le port du masque est requis pour les personnes.	Permis avec un maximum de 250 personnes Sauf pour les instruments à vent.	Permis avec un maximum de 250 personnes Sauf pour les instruments à vent.	Permis avec un maximum de 250 personnes Sauf pour les instruments à vent.	
Activités de culte	Permis avec 250 personnes maximum Le port du masque médical ou couvre-visage et la distanciation est variable, et ce, en fonction du niveau de protection des personnes concernées ⁷ . Pour les résidents	Permis avec 250 personnes maximum	Permis avec 100 personnes maximum	Permis avec 25 personnes maximum	Non permis Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	considérés non protégés ou partiellement protégés, le masque peut être retiré une fois la personne assise, à condition de demeurer silencieuse.				
Activité de groupe supervisée afin de prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique ou de loisir (ex. : musicothérapie, zoothérapie, pétanque, jeux de fer) à l' extérieur sur le terrain de la RPA	Permis avec un maximum de 50 résidents. Le port du masque médical ou couvre-visage et la distanciation est variable, et ce, en fonction du niveau de protection des personnes concernées ⁷ . Si partage d'objet entre les résidents, s'assurer de faire l'hygiène des mains avant et après l'activité et nettoyage d'équipements entre les groupes. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué.	Permis avec un maximum de 25 résidents. Si partage d'objet entre les résidents, s'assurer de faire l'hygiène des mains avant et après l'activité et nettoyage d'équipements entre les groupes. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué.	Permis avec un maximum de 12 résidents. En l'absence de partage d'objets. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué.	Permis avec un maximum de 8 résidents. En l'absence de partage d'objets. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué.	
			Mesures effectives depuis le 11 juin 2021		
			Possibilité de tenir sur le terrain de la RPA, des activités de sports et de loisirs supervisées réunissant un maximum de 25 personnes (résidents et animateur) en tenant en compte la capacité d'accueil du terrain afin de maintenir une distanciation physique de 2 mètres.		
Événements à l' extérieur sur le terrain de la RPA Ex. festivités extérieures, pique-nique, tournois, etc.	Mesures effectives depuis le 25 juin 2021				Isolement préventif ou isolement : Non permis.
	Possibilité de tenir sur le terrain de la RPA, des événements réunissant à la fois les résidents, les PPA et les visiteurs. Le nombre de personnes maximum doit tenir compte de la capacité d'accueil du terrain afin de maintenir une distanciation physique de 2 mètres entre les personnes ou 1,5 mètre entre les places assises ¹³ .				

¹³ Pour l'extérieur, le port du masque est recommandé si la distanciation physique n'est pas possible.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
					Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Sorties seuls ou accompagnés (ex. : restaurant, pharmacie, commerce) Sorties pour rendez-vous médicaux ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Permis	Permis	Permis Se référer aux consignes applicables pour la population générale pour les commerces et les restaurants.	Permis Peut être accompagné d'une ou deux PPA. Se référer aux consignes applicables pour la population générale pour les commerces et les restaurants. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Suivre les mesures pour la population générale	Isolement préventif/Isolement : Non permis sauf dans le cas d'un rendez-vous médical, si la vie de la personne est en danger, favoriser la consultation et l'intervention à distance Si éclosion localisée : limiter la fréquence aux sorties essentielles avec autorisation de l'équipe PCI.
Sorties extérieures pour plus de 24 heures sans rassemblement (ex. : chalet personnel)	Permis	Permis	Limiter la fréquence des sorties. Le résident doit être en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour, le cas échéant.	Limiter la fréquence aux sorties essentielles. Le résident doit être en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour, le cas échéant.	Non permis
Pour un résident de RPA qui veut se rendre dans un rassemblement dans un domicile privé à l'intérieur (peu importe la durée ¹⁴)	Permis En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Permis En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Non permis Sauf pour une personne résidant seule en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Non permis Sauf pour une personne résidant seule en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Non permis

¹⁴ Suivre les consignes émises par la Santé publique pour la population générale pour connaître les situations où un isolement est nécessaire. Consulter Québec.ca la section Quand faut-il s'isoler (COVID-19).

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Pour un résident de RPA qui veut se rendre dans un rassemblement dans un domicile privé à l'extérieur ¹²	Permis En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Permis En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Permis En respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Permis En respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Non permis
Activités socio-professionnelles (stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis
				Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Suivre les mesures pour la population générale.	Si éclosion localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Personnel/remplaçant/stagiaire¹⁵					
Personnel/remplaçants dédiés à un milieu de vie	Favorisé	Recommandé	Fortement recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire.
Personnel/remplaçants dédiés à l'étage ou l'unité ou en respectant les différentes zones (chaude, tiède, froide)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé.	Obligatoire, incluant salle de repos dédiée à un étage ou unité.
Recours au personnel d'agence	Se référer à l'arrêté ministériel en vigueur	Se référer à l'arrêté ministériel en vigueur	Se référer à l'arrêté ministériel en vigueur	Se référer à l'arrêté ministériel en vigueur	Se référer à l'arrêté ministériel en vigueur
Changement de vêtements avant et après chaque quart de travail	Recommandé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

¹⁵ Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines, notamment la directive sur les stagiaires.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Autres services offerts par la RPA					
Contrôle de l'accès pour les personnes provenant de l'extérieur (sauf pour les résidents et le personnel régulier) afin de les accueillir et vérifier l'application des mesures PCI à l'arrivée	Obligatoire	Obligatoire Le contrôle habituel des accès et des sorties est assumé par la RPA. Toutefois, en contexte de pandémie, les RPA pourraient avoir recours aux modalités prévues à la directive DGAPA-009 en vigueur pour les agents de sécurité si le besoin est reconnu par le CISSS ou CIUSSS ¹⁶ .	Obligatoire Le contrôle habituel des accès et des sorties est assumé par la RPA. Toutefois, en contexte de pandémie, les RPA pourraient avoir recours aux modalités prévues à la directive DGAPA-009 en vigueur pour les agents de sécurité si le besoin est reconnu par le CISSS ou CIUSSS ¹⁶ .	Obligatoire Le contrôle habituel des accès et des sorties est assumé par la RPA. Toutefois, en contexte de pandémie, les RPA pourraient avoir recours aux modalités prévues à la directive DGAPA-009 en vigueur pour les agents de sécurité si le besoin est reconnu par le CISSS ou CIUSSS ¹⁶ .	Obligatoire Le contrôle habituel des accès et des sorties est assumé par la RPA. Toutefois, en contexte de pandémie, les RPA pourraient avoir recours aux modalités prévues à la directive DGAPA-009 en vigueur pour les agents de sécurité si le besoin est reconnu par le CISSS ou CIUSSS ¹⁶ .
Entretien des vêtements et de la literie	Permis	Permis Maintenir l'intensité habituelle.	Permis Maintenir l'intensité habituelle. Si de rupture de services, prioriser les clientèles plus vulnérables ou ayant des besoins spécifiques (ex. : résident en situation d'incontinence ou ayant peu de vêtements).	Permis Maintenir l'intensité habituelle. Si rupture de services, prioriser les clientèles plus vulnérables ou ayant des besoins spécifiques (ex. : résident en situation d'incontinence ou ayant peu de vêtements).	Suspendre de façon générale les services d'entretien des vêtements et de la literie, excepté si l'interruption de ce service compromet l'intégrité ou la sécurité du résident, notamment en raison d'un risque d'insalubrité
Services d'entretien ménager dans les unités locatives et dans les espaces communs	Maintenir la fréquence habituelle si les services sont offerts par la RPA ou par une EESAD ou par un travailleur dans le cadre de la modalité AD/CES.	Maintenir la fréquence habituelle si les services sont offerts par la RPA ou par une EESAD ou par un travailleur dans le cadre de la modalité AD/CES.	Maintenir la fréquence habituelle si les services sont offerts par la RPA ou par une EESAD ou par un travailleur dans le cadre de la modalité AD/CES.	Maintenir la fréquence habituelle si les services sont offerts par la RPA ou par une EESAD ou par un travailleur dans le cadre de la modalité AD/CES.	Suspendre les services d'entretien ménager, excepté si l'interruption de ce service compromet l'intégrité ou la sécurité du résident,

¹⁶ En complément d'information, se référer à la directive DGAPA-009 en vigueur pour les agents de sécurité dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d’alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d’alerte 1	Palier d’alerte 2	Palier d’alerte 3	Palier d’alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
				<p>Pour les territoires avec mesures spéciales d’urgence : Limiter la fréquence des services d’entretien ménager offerts par la RPA ou par une EESAD ou par un travailleur dans le cadre de la modalité AD/CES. Cependant, ne pas limiter la fréquence des services si ceci compromet l’intégrité ou la sécurité du résident, notamment en raison d’un risque d’insalubrité.</p>	<p>notamment en raison d’un risque d’insalubrité.</p> <p>Prise en charge de la gestion des services devant être maintenus par le RSSS lorsque ces services sont habituellement offerts par un autre prestataire que la RPA.</p> <p>Dans les espaces communs, assurer l’application rigoureuse d’un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des surfaces à potentiel élevé de contamination (notamment les boutons d’ascenseurs, poignées de porte). Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, jusqu’à 4 fois par jour.</p>
Services d’assistance personnelle (ex. : aide à l’alimentation, aux soins d’hygiène, à l’habillage, administration des médicaments, lavage des cheveux)	Maintenir l’intensité habituelle.	Maintenir l’intensité habituelle.	Maintenir l’intensité habituelle. Évaluer la possibilité que le résident ou la personne proche aidante participe aux soins et l’accompagner dans la prise en charge de certains soins.	Maintenir l’intensité habituelle Évaluer la possibilité que le résident ou la personne proche aidante participe aux soins et l’accompagner dans la prise en charge de certains soins.	Réduire la fréquence des services dans la mesure où ceux-ci ne compromettent pas l’intégrité ou la sécurité du résident et de la personne proche aidante.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
					Permettre la dispensation des services par le prestataire habituel (personnel de l'EESAD ou de la RPA), à la condition que ce dernier soit formé sur les mesures PCI (notamment sur le port et le retrait de l'ÉPI) et qu'il les applique de façon rigoureuse. Prise en charge par le RSSS des habituellement dispensés dans le cadre de l'AD/CES.
Distribution des médicaments	Permis	Permis	Permis Mettre en place des moyens alternatifs permettant de limiter les contacts, par exemple, laisser les médicaments à l'unité locative et appeler le résident par téléphone pour sa prise de médication.	Permis Mettre en place des moyens alternatifs permettant de limiter les contacts, par exemple, laisser les médicaments à l'unité locative et appeler le résident par téléphone pour sa prise de médication.	Permis Mettre en place des moyens alternatifs permettant de limiter les contacts, par exemple, laisser les médicaments à l'unité locative et appeler le résident par téléphone pour sa prise de médication. Permettre la dispensation des services par le prestataire habituel (personnel de l'EESAD ou de la RPA), à la condition que ce dernier soit formé sur les mesures PCI (notamment sur le port et le retrait

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B					
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)					
	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
					de l'ÉPI) et qu'il les applique de façon rigoureuse.
					Prise en charge par le RSSS des services habituellement dispensés dans le cadre de l'AD/CES
Services de soins infirmiers	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Poursuivre uniquement les services infirmiers essentiels	Poursuivre uniquement les services infirmiers essentiels.
Services de répit ou de convalescence par la RPA	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005	Suspendu

Si dans le même immeuble on retrouve un milieu de vie (CHSLD, RI ou RPA) et d'autres services tels que des services de réadaptation, un centre de jour, un organisme qui offre du répit avec hébergement, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les différents services se trouvent sur des étages différents;
- les pièces communes (salle à manger, salon) sont distinctes, selon le milieu de vie, à la fois pour les usagers et pour les membres du personnel;
- les employés sont dédiés à chacun des services.

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque médical ou du couvre-visage de même que la tenue d'un registre pour les sorties et entrées des usagers, des visiteurs et du personnel doivent être appliquées selon l'arrêté ministériel 2020-064, et ce, même si la vocation principale est RI ou RTF.

Les principes précédents sont applicables à l'ensemble des directives qui pourraient être concernées par la mixité.

Directive ministérielle DGPPFC-001.REV2

- Catégorie(s) :
- ✓ Ressources d'hébergement communautaires ou privées en dépendance
 - ✓ Gradation des mesures
 - ✓ Paliers d'alerte

COVID-19 - Gradation des mesures dans les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD) en fonction des paliers d'alerte régionale

Cette directive remplace la directive DGPPFC-001.REV1 émise le 17 février 2021

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



Destinataires : Tous les CISSS et CIUSSS

- Directions des services en santé mentale et dépendance
- Ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD)

Directive

Objet :	<p>Cette directive remplace la directive DGPPFC-001.REV1.</p> <p>Elle a pour but de réduire le risque de transmission du virus de la COVID-19 dans les RHD et de guider les directions et les conseils d'administration de ces ressources dans le choix des mesures pouvant être mises en place pour continuer à offrir des activités et des services à la population tout en respectant les règles sanitaires de chaque palier d'alerte. La présente directive est ainsi conçue pour soutenir le maintien et l'adaptation des activités et services offerts par les RHD à la population.</p> <p>Les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD) offrent des activités et des services de première importance pour la population de leur territoire, notamment auprès de personnes plus vulnérables. À cet effet, il est souhaitable qu'elles puissent maintenir des activités dans le respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique selon le palier d'alerte (zones vertes, jaunes, oranges et rouges) de leur territoire.</p> <p>RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES</p> <p>Pour tout besoin d'information relative à différentes mesures de PCI, nous vous référons aux sites suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-control-des-infections • https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sante-au-travail • https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002709/ <p>En tout temps, les détails des mesures par palier sont disponibles sur le site quebec.ca.</p> <p>Enfin, les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour. Elles seront ajustées (et dûment identifiées dans le document) selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus.</p>
Mesures à implanter :	Gradation des mesures dans les RHD en fonction des paliers d'alerte régionale.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Note importante : Les changements apportés à la présente directive sont indiqués en surbrillance jaune dans le tableau annexé.

Direction ou service ressource :	Direction générale adjointe des services de santé mentale, dépendance et itinérance Faqinfocovid19@msss.gouv.qc.ca
Document annexé :	Tableau A

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par

La sous-ministre adjointe,
Chantal Maltais

Lu et approuvé par

La sous-ministre,
Dominique Savoie

TABLEAU A

COVID-19 : Gradation des mesures dans les ressources d'hébergement communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD) en fonction des paliers d'alerte régionale

Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Particularités en cas d'écllosion et mesures en cas d'isolement
ACTIVITÉS ET SERVICES OFFERTS	<p>À TOUS LES PALIERS D'ALERTE</p> <p>À chaque admission, estimer la présence de symptômes et de risque de contact avec un cas confirmé.</p>				
	<ul style="list-style-type: none"> Tous les services et activités peuvent être maintenus. Élaboration de mesures à mettre en place en présence de personnes présentant des symptômes ou ayant été testées positives à la COVID-19. Mise en place de zones tièdes et chaudes, si possible, avec du personnel dédié, en collaboration avec l'équipe de santé publique de santé publique du CISSS-CIUSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les services et activités peuvent être maintenus. Délestage possible de certains services ou activités <u>non nécessaires ou non prioritaires</u> déterminés par la direction ou le conseil d'administration de l'organisme. Élaboration de mesures à mettre en place en présence de personnes présentant des symptômes ou ayant été testées positives à la COVID-19. Mise en place de zones tièdes et chaudes, si possible, avec du personnel dédié, en collaboration avec l'équipe de santé publique du CISSS-CIUSSS. Adaptation des services selon les mesures sanitaires déterminées par la santé publique. 	<ul style="list-style-type: none"> Délestage de certains services ou activités <u>non nécessaires ou non prioritaires</u> déterminés par la direction ou le conseil d'administration de l'organisme. Adaptation des services selon les mesures sanitaires déterminées par la santé publique. Télétravail et interventions téléphoniques ou virtuelles à privilégier, lorsque possible. Mise en place des mesures en présence de personnes présentant des symptômes ou ayant été testées positives à la COVID-19. Mise en place de zones tièdes et chaudes, si possible, avec du personnel dédié, en collaboration avec l'équipe de santé publique du CISSS-CIUSSS. Recommandation de communiquer avec le CISSS ou le CIUSSS pour établir des mécanismes de référence selon les besoins. 	<ul style="list-style-type: none"> Seuls les services et activités jugés nécessaires et prioritaires sont maintenus, après décision de la direction ou du conseil d'administration de l'organisme. Adaptation des services selon les mesures sanitaires déterminées par la santé publique. Télétravail et interventions téléphoniques ou virtuelles lorsque possible. Mise en place des mesures en présence de personnes présentant des symptômes ou ayant été testées positives à la COVID-19. Mise en place de zones tièdes et chaudes, si possible, avec du personnel dédié, en collaboration avec l'équipe de santé publique du CISSS-CIUSSS. Selon les besoins et possibilités, entente avec le CISSS ou le CIUSSS pour la mise en place de zones chaudes externes. Recommandation de communiquer avec le CISSS ou le CIUSSS pour établir des mécanismes de référence selon les besoins. 	<p>Isolement préventif/Isolement ou en écloision (au moins 2 cas confirmés)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place des mesures en présence de personnes présentant des symptômes ou ayant été testées positives à la COVID-19. Mise en place de zones tièdes et chaudes, si possible, avec du personnel dédié, en collaboration avec l'équipe de santé publique de santé publique du CISSS-CIUSSS. Respect des indications spécifiques reçues d'un contact avec la santé publique lors d'écloision. Augmentation des mesures sanitaires, dont la fréquence du nettoyage et de la désinfection des aires communes. Importance d'obtenir le soutien et la collaboration de l'ensemble des acteurs concernés des CISSS et des CIUSSS incluant le responsable de la certification RHD de l'établissement.

VISITES ET SORTIES					
Visiteurs (incluant les personnes proches aidantes (PPA))					
Les visiteurs ou PPA doivent avoir été formés sur les mesures PCI à respecter.					
Accès à l'intérieur du milieu dans la chambre ou dans une pièce dédiée En fonction de la capacité d'accueil de la chambre, dans la ressource ou dans une pièce dédiée afin de maintenir la distanciation physique recommandée.	Permis Maximum 9 personnes à la fois (10 personnes avec l'utilisateur).	Permis Maximum les personnes provenant d'une résidence à la fois.	Permis 1 personne à la fois. Privilégier d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).	Permis exceptionnellement 1 visiteur formé, connu et identifié du milieu de vie à la fois pour un maximum de 2 visiteurs formés, connus et identifiés par jour. Privilégier d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).	Permis exceptionnellement Une personne autorisée (toujours la même). Cette personne doit être accompagnée à l'arrivée et au départ pour assurer le respect des consignes de la PCI. Privilégier d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Permis Réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique recommandée et les autres mesures PCI.	Permis Réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique recommandée et les autres mesures PCI.	Non Permis Sauf pour circuler vers la chambre ou la pièce dédiée ou accompagner l'utilisateur pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique recommandée en tout temps avec les autres usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur.	Non Permis Sauf pour circuler vers la chambre ou la pièce dédiée ou accompagner l'utilisateur pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique recommandée en tout temps avec les autres usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur.	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre ou la pièce dédiée.
Sur le terrain <ul style="list-style-type: none"> • accompagnée pour le respect des mesures PCI; • port du masque lorsque la distanciation physique recommandée n'est pas respectée; • aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie, sauf pour se rendre à la cour extérieure; • signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant. Pour s'assurer de l'application des conditions précisées selon les paliers d'alerte, au même titre que des membres du personnel, des bénévoles pourraient être mis à contribution.	Permis Maximum 9 personnes en fonction de la capacité d'accueil du terrain.	Permis Maximum 5 personnes en même temps, en fonction de la capacité d'accueil du terrain.	Permis Maximum 5 personnes en même temps, en fonction de la capacité d'accueil du terrain.	Permis Maximum 3 personnes en fonction de la capacité d'accueil du terrain.	Usager en isolement : Non permis Milieu en éclosion : Permis Accompagné par une personne autorisée (toujours la même) à condition de respecter les mesures PCI indiquées.

À l'extérieur de l'installation (ex. : école, sortie, visite, activités cliniques, activités socioprofessionnelles)	Permis En fonction des consignes qui s'appliquent à la population générale.	Permis En fonction des consignes qui s'appliquent à la population générale.	Permis En fonction des consignes qui s'appliquent à la population générale.	Permis En fonction des consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Suivre les mesures pour la population générale.	Non permis
AUTRES VISITES					
Visites des équipes responsables de la certification des RHD	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, si possible avec accompagnement de l'équipe PCI.
Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis
Visite du MAPAQ	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
ACTIVITÉS					
Repas à la salle à manger	Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les usagers respectent le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), la distanciation physique recommandée et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.). Maximum 10 personnes par table, privilégier le regroupement des mêmes usagers à une table déterminée. S'assurer d'une distanciation d'un mètre entre chaque table. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service. 	Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les usagers respectent le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), la distanciation physique recommandée et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.). Maximum 6 personnes par table, privilégier le regroupement des mêmes usagers à une table déterminée. S'assurer d'une distanciation physique entre 1,5 et 2 mètres entre chaque table. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service. 	Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les usagers respectent le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), la distanciation physique recommandée et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.). Maximum 4 personnes par table), privilégier le regroupement des mêmes usagers à une table déterminée. S'assurer d'une distanciation physique de 2 mètres entre chaque table. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service. 	Permis Suivre les consignes de la population générale quant au nombre permis par table. En réduisant le nombre d'usagers en même temps, en augmentant les heures de repas, en respectant la distanciation physique recommandée en tout temps.	Isolement préventif / isolement : Non permis

	<ul style="list-style-type: none"> Retirer les repas style buffet et comptoir à salades. 	<ul style="list-style-type: none"> Retirer les repas style buffet et comptoir à salades. 	<ul style="list-style-type: none"> Retirer les repas style buffet et comptoir à salades. 		
<p>Activités thérapeutiques et occupationnelles de groupe à l'intérieur du milieu ou à l'extérieur sur le terrain entre usagers</p>	<p>Permis</p> <p>Soit en respectant la distanciation physique recommandée en tout temps et en limitant le nombre d'usagers et en pratiquant l'hygiène des mains avant l'activité. Si partage d'objets désinfection du matériel entre chaque activité. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque groupe.</p>	<p>Permis</p> <p>Soit en respectant la distanciation physique recommandée en tout temps et en limitant le nombre d'usagers et en pratiquant l'hygiène des mains avant l'activité. Si partage d'objets désinfection du matériel entre chaque activité. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque groupe.</p>	<p>Permis</p> <p>Soit en respectant la distanciation physique recommandée en tout temps et en limitant le nombre d'usagers avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une hygiène des mains et en l'absence de partage d'objets ou en appliquant le concept de bulle. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque groupe.</p>	<p>Permis</p> <p>Soit en respectant la distanciation physique recommandée en tout temps et en limitant le nombre d'usagers avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une hygiène des mains et en l'absence de partage d'objets ou en appliquant le concept de bulle. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque groupe.</p>	<p>Isolement préventif / Isolement :</p> <p>Non permis.</p>

Émission : 20-09-2020

Mise à jour : 22-07-2021

Directive ministérielle

DGAUMIP-
037

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 directive
publiée le 21
septembre 2020

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



Destinataires : Les établissements publics du
RSSS
– Directions de l'enseignement
– Directions des ressources
humaines

Directive

Objet :	Depuis le début de la pandémie, le Ministère favorise le maintien des stages dans le réseau de la santé et des services sociaux et, pour ce faire, a émis des recommandations pour minimiser le risque que les stagiaires deviennent des vecteurs de propagation de la maladie en considérant la réalité particulière des stages. Ce document remplace le document <i>Recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte de pandémie de la COVID-19</i> daté du 21 septembre 2020. Les principaux changements dans ce document concernent les ajustements à apporter dans la gestion des stages en lien avec le déploiement de la vaccination chez les apprenants.
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
Document annexé :	✓ <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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission : 20-09-2020

Mise à jour : 22-07-2021

Directive ministérielle DGAUMIP-037

Directive

Référer au document en annexe : Recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte de pandémie de la COVID-19.

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

Mise à jour le 17 juillet

Table des matières

1- Contexte	3
2- Recommandations intérimaires	4
L'importance des pratiques de base en prévention et contrôle des infections.....	4
Surveillance des symptômes et déclaration de la maladie	5
3- Recommandations concernant l'organisation et le déroulement des stages.....	6
Recommandations pour les apprenants	6
Recommandations pour les milieux de stage.....	8
Recommandations pour les superviseurs	122
Recommandations pour les établissements d'enseignement (en collaboration avec les milieux de stage)	122
4- Recommandations concernant la gestion de la mobilité pour les stages des apprenants en santé	15
Type de mobilité.....	155
Responsabilité des établissements d'enseignement	155
Mobilité entre les installations d'une même région.....	16
Tableau 1 – Mobilité interrégionale pour les personnes non protégées.....	2020
Tableau 2 – Mobilité interrégionale pour les personnes protégées ou partiellement protégées	2121

1- Contexte

Les travailleuses et travailleurs de la santé (ci-après travailleurs) ont représenté, durant la première vague de la pandémie à la COVID-19, plus du quart de tous les cas de personnes infectées diagnostiquées¹. Si certains métiers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) sont plus à risque, notamment les préposées aux bénéficiaires, la mobilité du personnel a été évoquée comme l'un des principaux facteurs de propagation de la COVID-19 entre les milieux de soins lors de la première vague. De plus, de façon préliminaire, plusieurs hypothèses ont été soulevées pour expliquer cette surreprésentation des travailleurs de la santé parmi les cas confirmés par les laboratoires et par liens épidémiologiques :

- Le confinement de tous les secteurs non essentiel – les travailleurs essentiels non confinés avaient donc plus de contacts avec d'autres individus dans la société et ainsi plus de risque d'être exposés au virus dans la communauté;
- Les critères initiaux d'accès aux tests de dépistage de la COVID-19 privilégient les travailleurs de la santé – ils avaient donc plus de chance d'être diagnostiqués en cas de symptômes compatibles avec la COVID-19;
- Les contacts étroits et prolongés entre travailleurs de la santé sans le port des équipements de protection de base (masque de qualité médicale);
- Des lacunes au niveau de l'hygiène et la salubrité des milieux;
- La présence d'éclosions dans le milieu de soins fréquenté;
- La présence de cas dans les contacts domiciliaires avant leur isolement préventif;
- Des difficultés d'accès aux équipements de protection individuelle appropriés en temps opportun.

Fort de ces apprentissages, 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, aussi afin de bien les protéger.

¹ Les tests diagnostiques ne captent qu'une partie de tous les cas en raison des manifestations cliniques parfois atypiques de l'infection ou encore des formes asymptomatiques de cette infection. Le ratio exact de personnes diagnostiquées versus infectées n'est pas encore disponible au Québec, mais des études sont en cours.

2- Recommandations intérimaires

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 les présentes recommandations à l'intention des apprenants. Ces recommandations tiennent compte des nouveaux éléments de contexte, notamment :

- L'accès élargi aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), communément appelé PCR, pour le diagnostic de la COVID-19;
- Des réalités particulières non couvertes par les premières recommandations, notamment la mobilité entre les établissements dans le cadre d'un même stage ou encore certaines réalités socioprofessionnelles particulières;
- Le contexte des apprenants actifs dans leur communauté et ayant un nombre important de contacts selon leur réseau social naturel, par exemple les stagiaires qui cohabitent avec d'autres stagiaires;
- Le réalisme des mesures dans certains contextes pédagogiques où les apprenants sont regroupés en cohorte sur les unités de soins.

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, les pratiques de base en 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 :

- **La distanciation physique** doit être promue à tous les moments. Les approches pédagogiques doivent être revues dans ce contexte, même si cela mène à des changements structuraux difficiles;
- **Des barrières physiques** peuvent être mises en place lorsque les règles de distanciation de ne peut être respectée. L'utilisation de plexiglas pour établir une barrière physique est une possibilité à cet effet².
- **L'hygiène des mains** est une clé de voute de la prévention de la transmission de la COVID-19, mais aussi d'autres agents infectieux dans les milieux de soins;

² L'INSPQ rappelle l'importance de la hiérarchie des mesures en milieu de travail : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3022-hierarchie-mesures-contrrole-milieux-travail-covid19.pdf>

- **Le port du masque** de qualité médicale en tout temps dans les milieux de stage doit être préconisé. Aussi, le port du masque n'élimine pas la nécessité de maintenir une distanciation physique lorsque cela est possible;
- Dans un contexte de soins, **le port des équipements de protection individuelle** doit toujours être appliqué suivant l'évolution des recommandations de la santé publique.

Surveillance des symptômes et déclaration de la maladie

La vaccination, l'autosurveillance des symptômes et l'approche très prudente de retrait du milieu de stage en cas de symptômes ou de contact étroit avec un cas confirmé doivent être promues afin d'éviter des éclosions en milieu de soins. 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 pratiques de base dans leur vie personnelle, familiale et sociale.

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

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-contrôle-des-infections
- Mesures en milieu de travail (hors milieux de soins) : www.inspq.qc.ca/covid-19/santé-au-travail

Recommandations pour les apprenants

Isolement

En tout temps : S'isoler en cas d'apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19, d'une confirmation de diagnostic de COVID-19, ou d'un contact étroit avec un cas confirmé.

Vous réferez aux consignes d'isolement suivantes : <https://www.quebec.ca/santé/problemes-de-santé/a-z/coronavirus-2019/isolement>

En tout temps : L'apprenant doit adopter un comportement professionnel afin d'assurer sa sécurité, celle du patient, de la clientèle et de l'environnement de stage.

Lors d'un déplacement entre deux régions ou deux installations : L'isolement, à la lumière des données sur l'efficacité de la vaccination, n'est plus requis pour les déplacements en régions ou établissements, sauf exception (certains stages en régions isolées et pour les stagiaires considérés comme non protégés). Respecter les mesures d'isolement recommandées dans le tableau 1, pour les personnes non protégées, et dans tableau 2, pour les personnes protégées ou partiellement protégées, à la fin du présent document.

Apprenant ayant déjà contracté la COVID-19 dans les 12 derniers mois : À la lumière des connaissances actuelles, l'isolement n'est pas requis³ en cas de déplacement d'une région de niveau d'alerte orange ou rouge vers une région de niveau d'alerte vert ou jaune, et ce, pendant une période de 12 mois suivant la date du premier symptôme associé à la COVID-19 ou à partir de la date de prélèvement si la personne est asymptomatique, et ce, même si l'apprenant n'a pas été vacciné. Toutefois, la prudence au regard des milieux vulnérables et un test de détection de la COVID-19 peut être requis au jour 7 du stage pour l'apprenant non vacciné dont l'épisode de COVID-19 a eu lieu entre 6 et 12 mois avant le nouveau stage. Pour l'apprenant qui a fait la COVID-19 depuis moins de 6 mois, il est considéré comme protégé et n'a ni isolement ni test à passer, sauf si son précédent milieu de stage était en éclosion.

Formation

Suivre la formation PCI organisée par l'établissement.

Pratiques de base en prévention et contrôle des infections

Respecter les pratiques de base (hygiène des mains, étiquette respiratoire) et l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (ÉPI).

³ Certains milieux de soins procèdent à des dépistages récurrents de leurs employés selon les priorités du MSSS. Les apprenants sont considérés comme des employés au regard de ces dépistages périodiques qui visent les travailleurs non vaccinés. Le statut de stagiaire ne devrait pas être un critère unique pour procéder à un dépistage avant l'entrée en stage.

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. Le port du masque de qualité médicale en tout temps sur les lieux de stage est obligatoire.

Uniforme et matériel personnel

Que l'apprenant porte ou non un uniforme, il doit se vêtir lors de son entrée en milieu de stage et retirer son uniforme avant sa sortie. Tous déplacements en uniforme à l'extérieur du milieu de stage sont à proscrire.

Le matériel personnel (stéthoscope, crayons, cellulaire) doit être régulièrement désinfecté. De plus, si des appareils médicaux comme le stéthoscope sont en contact avec un patient, leur désinfection immédiate après le contact avec le patient est nécessaire. L'apprenant ne doit pas le remettre dans sa poche ou à son cou avant la désinfection. Une attention particulière doit être accordée aux appareils électroniques (tablette, cellulaire) qui sont touchés maintes fois dans une journée.

Distanciation physique

Respecter les consignes de distanciation physique de deux mètres autant que possible avec les collègues, les superviseurs, le personnel, etc.

Favoriser les discussions et les activités d'enseignement à distance (p.ex. visioconférence, téléconsultation). Si la distanciation n'est pas possible, utiliser les ÉPI selon les recommandations du MSSS et de l'INSPQ.

Surveillance étroite des symptômes de la COVID-19

Dès l'apparition de symptômes, aviser son superviseur et ne surtout pas se présenter en stage. Contacter le service de santé de l'établissement où vous êtes en stage afin de savoir si vous devez subir un test de dépistage de la COVID-19. En cas de dépistage, et si le résultat du test est négatif, il est recommandé de refaire le test entre 48 et 72 heures plus tard si vous avez été exposés à un ou des cas dans la communauté ou si votre communauté est au palier d'alerte orange ou rouge. Si toujours négatif, planifier le retour en stage selon les politiques en vigueur dans l'établissement.

Exposition 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/sites/default/files/publications/3141-gestion-travailleurs-sante-milieus-soins.pdf>

Détection rapide

Procéder rapidement à un test diagnostique en présence de symptômes de la COVID-19.

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 bureau de santé du milieu de stage. Le bureau de santé 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 de la direction régionale de santé

publique de l'établissement concernant l'isolement pendant la durée de la maladie et le retour éventuel en stage. À ce sujet, veuillez consulter les recommandations de l'INSPQ : www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19

Recommandations pour les milieux de stage

Gouvernance

Nous sollicitons la collaboration des établissements de santé et de services sociaux afin de mettre en place une gouvernance interne pour la gestion des stages. 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.

Accompagner les stagiaires dans leur compréhension s'il y a des discordances.

Formation

Au début de la période de stages, offrir aux apprenants une formation sur la PCI et le port d'équipements de protection individuelle (se protéger, quoi faire en situation de bris, laisser les objets personnels dans son bureau/vestiaire) et les outils mis à leur disposition pour favoriser le respect des mesures de PCI (exemple: produits de désinfection des stéthoscopes). 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.

Note: Bien informer des consignes d'isolement et des mesures de prévention et contrôle des infections émises par l'INSPQ et faire des rappels fréquents des consignes durant le stage.

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 équipements de protection individuelle et l'hygiène des mains.

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

Débriefage (bilan et analyse)

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

Espaces physiques appropriés

Environnement physique qui favorise la distanciation physique. Privilégier les alternatives aux activités en personne (télémédecine ou rétroaction par visioconférence pour la supervision).

Organisation du travail

Gestion des horaires : éviter la surcharge de travail, car il y a un risque accru d'erreurs en situation de stress et de fatigue.

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.

Mobilité durant les stages : en cas d'éclosion intrahospitalière la mobilité des apprenants devrait être limitée s'ils travaillent sur cette unité, et les directives du milieu doivent être rigoureusement respectées. De plus, les stagiaires considérés non protégés devraient aussi éviter les déplacements entre différentes installations ou entre différentes unités, et si possible, éviter les unités chaudes. Lorsque des déplacements sont requis entre différentes unités, commencer le travail dans les unités froides et terminer dans les unités chaudes si possible. La mobilité inclut la garde et, le cas échéant, le travail à temps partiel dans le réseau de la santé. Voir la section 3 pour plus de détails.

Modalités technologiques

Favoriser et rendre disponible les plateformes technologiques pour réaliser le plus possible d'activité de supervision ou de consultations à distance. Utiliser Teams, React, Zoom ou autres plateformes disponibles et approuvées. Fournir un accès Internet adéquat aux apprenants.

Pratiques de base

Rendre les ÉPI disponibles et accessibles pour les apprenants, les solutions hydroalcooliques pour l'hygiène des mains, et les produits nécessaires pour la désinfection des équipements entre chaque patient (ex. : stéthoscopes).

Rappeler et surveiller la bonne application des mesures de PCI.

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.

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 désinfectées.

Particularités pour l'hébergement offert par les établissements pour certains types de stages (ex. PFMD) : avec la vaccination de plus en plus importante des apprenants et de la population du Québec, les lieux d'hébergements durant la période de stage peuvent désormais permettre une plus grande proximité, incluant le partage de salles de bain. Toutefois, le milieu d'accueil doit continuer de fournir des lieux sécuritaires pour les apprenants non protégés ou partiellement protégés et doit éviter de regrouper ensemble des apprenants non protégés. Cette recommandation doit aussi être évaluée selon le niveau de transmission communautaire locale dans la région et la couverture vaccinale populationnelle (p.ex. regrouper plusieurs apprenants partiellement protégés dans un appartement est moins problématique dans une région à faible transmission communautaire). Les aires communes doivent être régulièrement désinfectées, surtout pour les milieux qui hébergent des apprenants partiellement protégés ou non protégés. Les apprenants doivent jouer un rôle dans l'application de ses 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).

Fournir des masques de qualité médicale dès le début des symptômes. 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.

S'assurer du respect de l'isolement selon les guides de gestion des cas et contacts de l'INSPQ : www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19

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

Les apprenantes sont considérées, comme des travailleuses non rémunérées. Les consignes de la Commission des normes, de l'équité, de la sécurité du travail (CNESST) s'appliquent aux stagiaires. Nous recommandons donc, et ce, pour toute la durée de la grossesse, d'affecter immédiatement la travailleuse enceinte, sans regard à son statut immunitaire, de manière à :

- Assurer une distanciation physique minimale de 2 mètres avec la clientèle et les collègues. Pour le travail à moins de 2 m, la mise en place d'une barrière physique adéquate telle une vitre de séparation est permise, notamment pour les périodes de pause et les repas.
- Éliminer la présence dans un même local (chambre, salle de traitements, etc.) ou dans un même véhicule de personnes sous investigation ou de cas suspectés ou confirmés de COVID-19;
- Éliminer les soins, les prélèvements, les examens médicaux, les examens paracliniques et les traitements des personnes sous investigation ou cas suspectés ou confirmés de COVID-19;
- Éliminer le travail impliquant le transport des personnes sous investigation ou cas suspectés ou confirmés de COVID-19;
- Exclure les apprenantes de l'activité de gestion des dépouilles qui étaient des personnes sous investigation ou des cas suspectés ou confirmés de COVID-19;
- Éliminer les contacts, examens médicaux, soins ou traitements des personnes sous investigation ou cas suspectés ou confirmés de COVID-19 en isolement au domicile ou en

hébergement;

- Éliminer toutes tâches dans les secteurs ou les établissements où séjournent des usagers (centre hospitalier, milieu de vie : centre de détention, centre accueil ou résidence pour aînés, centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), etc.) déclarés en éclosion pour la COVID-19 par les autorités de santé publique qui en décrèteront aussi la fin de l'éclosion. Les autres milieux de soins et services en éclosion, qui ne sont pas des milieux où séjournent des usagers, ne sont pas présumés à risque pour la travailleuse enceinte ou qui allaite pourvu que l'ensemble des recommandations d'affectation préventives décrites ci-haut soit respecté.

Il est recommandé aux milieux d'apprentissage de prévoir des stages alternatifs pour permettre l'acquisition des compétences visées pour affecter rapidement les apprenantes enceintes ou qui allaitent (santé publique, téléconsultation, révision de dossier, etc.).
www.inspq.qc.ca/publications/2912-mesures-travailleuses-enceintes-allaitent-transmission-communautaire-covid19

Stagiaire avec un déficit d'immunité

L'évaluation de l'immunosuppression est faite par le médecin traitant du stagiaire qui doit suivre les recommandations de l'INSPQ en la matière. La définition de l'immunosuppression est par ailleurs déterminée par l'INESSS. Les apprenants sont considérés comme des travailleurs au sens des lois et règlements du Québec, même s'ils ne sont pas rémunérés.

Dans la réflexion sur le maintien en stage de l'apprenant, il convient de considérer que l'INSPQ nous rappelle que les immunosupprimés sont considérés comme non protégés, peu importe le nombre de doses de vaccin reçu.

Les consignes de la CNESST s'appliquent donc aux stagiaires. En cas de stagiaire avec un déficit d'immunité, il faut donc :

- Favoriser l'adaptation du stage afin de promouvoir sa poursuite (télé supervision, téléconsultation);
- Appliquer rigoureusement l'ensemble des mesures de prévention qui s'imposent pour tous les milieux de travail et lorsque pertinent celles pour les milieux de soins;
- Assurer une distanciation physique de 2 mètres avec la clientèle et les autres collègues, ou encore le travail à moins de 2 mètres en présence d'une barrière physique telle qu'un Plexiglas. Ainsi, s'il n'est pas possible de respecter strictement ces mesures, le travailleur doit être affecté immédiatement dans un environnement de travail qui est en conformité avec celles-ci, à défaut de quoi, un retrait du milieu pourrait s'imposer sur recommandation du médecin ou du bureau de santé.
- Finalement, il convient de rappeler que le travailleur conserve son droit de rester en poste dans la mesure où celui-ci a été adéquatement informé sur les risques reliés à son travail et que l'employeur a pris toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé du travailleur (LSST, art. 51). La décision finale doit relever de l'apprenant et de son médecin traitant pour s'assurer qu'il n'est pas soumis à une pression induite du milieu de stage ou de son milieu d'enseignement.

www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimes-covid-19

Lors de contact avec des patients atteints de COVID-19

L'exposition des apprenants aux patients ayant un diagnostic de COVID-19 confirmé ou suspecté est permise, sauf pour les stagiaires enceintes ou ceux avec un déficit de l'immunité. Cette exposition devrait être limitée aux situations jugées pertinentes du point de vue pédagogique ou

clinique, que ce soit en consultation ou sur les unités de soins. L'examen de ces patients devrait être effectué par la personne la plus expérimentée (p.ex. médecin-patron, résident sénior, résident junior, stagiaire BAC du DEC-BAC en soins infirmiers, IPS, inhalothérapie 3^e année...) en favorisant l'inversion de la pyramide d'enseignement auprès des personnes atteintes de la COVID-19⁴. Les apprenants qui sont exposés à ces patients doivent avoir accès aux ÉPI en quantité suffisante ainsi qu'aux solutions hydroalcooliques, et être formés adéquatement.

Recommandations pour les superviseurs

Pratiques de base en prévention et contrôle des infections

Validation de l'application adéquate des pratiques de base.

Exemplarité

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

Normaliser 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.

Contribue à l'identification et à la mise en place d'initiatives 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.

Orienter l'atteinte des objectifs de stage en minimisant les risques d'infection.

Exposition aux patients atteints de COVID-19

Limiter l'exposition des apprenants juniors aux patients atteints de COVID-19 confirmée aux situations jugées pertinentes du point de vue pédagogique ou clinique, que ce soit en consultation ou sur les unités de soins. L'examen de ces patients devrait être effectué par la personne la plus expérimentée (p.ex. médecin-patron, résident sénior, résident junior, stagiaire BAC du DEC-BAC en soins infirmiers, IPS, inhalothérapie 3^e année...)

Orienter l'atteinte des objectifs de stage en minimisant les risques d'infection.

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

Gestion de l'absentéisme

⁴ Les principes qui soutiennent cette recommandation sont les suivants : assurer un milieu d'apprentissage sécuritaire pour les stagiaires dans le contexte où il y a beaucoup d'incertitudes entourant la COVID, limiter l'exposition à un cas au plus petit nombre de personnes possible afin d'altérer la chaîne de transmission de l'infection et assurer une utilisation judicieuse des ÉPI, tout en permettant les apprentissages malgré le contexte de pandémie.

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.

Envisager de répartir les absences sur plusieurs stages, par exemple en prolongeant de quelques jours le stage lors duquel l'apprenant a dû s'absenter et en raccourcissant le stage suivant.

Prévoir une banque de stages ou des modalités de stage alternatives pour favoriser l'acquisition des compétences (téléconsultation, santé publique, révision de dossiers, etc.).

Méthodes alternatives d'apprentissage

Favoriser la tenue des cours et des différentes activités d'enseignement de manière virtuelle par le déploiement de la visioconférence et la télémédecine, télésupervision.

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

Mettre en place et publiciser des ressources de soutien psychologique (p.ex. groupes de discussion virtuels).

Normalisation 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 ou à la suite d'un contact non protégé avec un cas, rassurer les apprenants et atténuer les conséquences de cette absence sur leur parcours académique.

Réorganisation des stages

En collaboration avec les établissements, réviser la programmation de stages afin de limiter la mobilité entre les installations durant une même période. Tenir compte des obligations familiales pour l'organisation des stages en région. Développer une liste de stages « en réserve » pour être en mesure de proposer des adaptations à la séquence de stage si cela est requis.

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 en période de pandémie. Il est donc recommandé que les établissements d'enseignement mettent en place 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.

Dépistage récurrent

Les apprenants qui effectuent des stages dans des milieux à risque d'éclosion de COVID-19 et qui ne sont pas vaccinés sont requis de procéder à des dépistages par tests de détection des antigènes rapides trois fois par semaine en vertu de l'arrêté 2021-024, 2021-028 et 2021-032. L'information sur le statut vaccinal des apprenants doit donc être connue pour permettre aux établissements d'orienter adéquatement les apprenants non vaccinés vers les bons corridors de prise en charge de ces dépistages récurrents.

4- Recommandations concernant la gestion de la mobilité pour les stages des apprenants en santé

Type de mobilité

Il y a plusieurs types de mobilité des apprenants entre les lieux de stage :

- 1) à l'intérieur d'une même région selon leur affectation et les conditions de stage
- 2) entre les régions dans le cadre d'un stage ou pour des raisons personnelles, notamment familiales.

La mobilité observée peut être mensuelle, hebdomadaire ou quotidienne, selon le type d'activités propres au stage, les milieux de stage qui couvrent plusieurs régions ou établissements/installations ou encore les caractéristiques des apprenants.

De plus, les apprenants peuvent avoir des **statuts multiples** et travailler aussi comme employés du réseau, main-d'œuvre indépendante ou bénévoles pendant leur stage. Afin d'évaluer le risque, un formulaire de déclaration d'emploi est proposé. Le milieu de stage en collaboration avec l'établissement d'enseignement pourra donc définir la conduite à tenir en regard aux renseignements donnés par le stagiaire.

Le risque varie selon la région de départ, la présence d'éclosion dans un des milieux de travail ou de stage⁵, le statut vaccinal des apprenants et, éventuellement, le taux de couverture vaccinale populationnelle.

Responsabilité des établissements d'enseignement

Dans une perspective de prudence, des efforts supplémentaires sont requis des milieux d'enseignement pour tenter d'éviter la mobilité interrégionale des apprenants. La mobilité entre les lieux de travail des travailleurs de la santé, incluant les apprenants, devrait aussi être limitée lorsque le niveau de transmission communautaire est modéré ou élevé, ou lorsqu'une éclosion⁶ est constatée dans le milieu de stage ou de travail.

- Les institutions responsables de la formation des apprenants devraient adapter les séquences de stage pour limiter la mobilité seulement aux situations qui amènent un gain pédagogique significatif, en particulier lorsque l'endémicité de la COVID-19

⁵ Selon l'évolution de la pandémie dans les régions du Québec, les apprenants peuvent loger dans des zones géographiques dont l'endémicité varie de celle du milieu de stage. L'application des pratiques de base est essentielle pour ces apprenants et le renforcement des mesures de protection dans la communauté apparaît essentiel. Les apprenants qui résident en zone orange ou rouge devraient volontairement rester vigilants sur l'application des pratiques de base en prévention et contrôle des infections, même dans la communauté. Lorsque la couverture vaccinale populationnelle sera suffisamment élevée pour réduire la circulation spontanée du virus, un assouplissement des mesures pourra être envisagé.

⁶ La définition d'une éclosion est la présence de deux cas d'une même maladie liés dans le temps et l'espace. Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, la notion d'éclosion a été modifiée pour être plus sensible. Ainsi, une éclosion de COVID-19 est déclarée lors de la présence d'un cas non isolé et inconnu d'infection à la COVID-19 sur une unité de soins. Autrement dit, lorsqu'on découvre un cas d'infection à la COVID-19 chez un patient qui ne faisait pas l'objet de mesures d'isolement préventives, il y a éclosion. Deux cas d'infection à la COVID-19 chez des travailleurs qui travaillent sur la même unité de soins seraient aussi considérés comme une éclosion en respect de la définition citée. De même, une infection chez un travailleur associé à une unité de soins dédiée à la COVID-19 serait aussi une éclosion, en présumant que ce travailleur a acquis la maladie sur son lieu de travail. Il revient aux officiers de prévention et contrôle des infections de déclarer l'éclosion et son ampleur dans un milieu.

observée est élevée. À ce titre, les établissements d'enseignement sont conviés à une réflexion pour gérer cette mobilité en situation de forte endémicité;

- L'adaptation des séquences de stage devrait aussi être envisagée afin d'éviter au maximum les allers-retours entre différents milieux et établissements, entre les régions limitrophes ou encore entre les régions sociosanitaires; un effort doit être fait pour concilier la réalité de certains apprenants qui occupent aussi un emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux pendant leurs études ou qui ont des responsabilités familiales. L'offre de stage dans le milieu de travail ou dans la région où se situe sa famille devrait être privilégiée, dans la mesure du possible.
- Faire appel à une plus grande vigilance au regard des pratiques de base pour l'apprenant et ses proches qui sont soumis à une mobilité inévitable.
- Favoriser l'adhésion des superviseurs de stages et des stagiaires à l'adoption de comportements professionnels pré, per et post stage.
- Mettre en place un processus défini afin d'assurer l'autodéclaration de situations à risque par les superviseurs et les stagiaires, idéalement confidentiel.
- Mettre en place un processus défini afin d'assurer l'autodéclaration et l'autorisation de transmettre le statut vaccinal des stagiaires et, le cas échéant, des superviseurs. Rendre l'information disponible aux établissements du RSSS selon les exigences reliées à la santé et sécurité des usagers et des intervenants.

Mobilité entre les installations d'une même région

- Les déplacements d'un site de stage à un autre doivent être évités autant que possible, particulièrement les déplacements dans une même journée. Les apprenants qui auront à passer d'une installation à une autre devront s'assurer du caractère essentiel du déplacement auprès de leurs superviseurs ou responsables de stage, particulièrement en présence d'un milieu en éclosion ou lorsque l'endémicité est de niveau modéré à élevé (niveau d'alerte orange ou rouge)⁷. Après avoir travaillé dans une unité, où sont hospitalisées ou hébergées des personnes atteintes de la COVID-19 (p.ex. CHSLD avec plusieurs cas de COVID-19), l'apprenant doit respecter les mesures précédentes (pratiques de base, distanciation, etc.), surveiller ses symptômes et prendre sa température régulièrement pendant 10 jours. Aucun isolement n'est requis pour l'apprenant provenant d'une telle unité si le port de l'équipement de protection individuel recommandé était adéquat selon les recommandations du CINQ.
- Si un apprenant a été exposé à un milieu en éclosion, il devra se soumettre aux interventions requises par les prescriptions des officiers en prévention et contrôle des infections. Il est recommandé de cesser les déplacements entre deux milieux dès que l'un d'eux est déclaré en éclosion

Il convient de distinguer le risque associé aux soins aux personnes atteintes de la COVID-19 de ceux liés aux milieux en éclosion. Dans le cadre de la pandémie, l'éclosion traduit un risque non maîtrisé dans le milieu de soins. Autrement dit, elle témoigne d'un échec des mesures de protection mises en place. Cet échec peut être dû à des circonstances particulières au milieu ou à une faille dans les mesures de protection prévues entre travailleurs, en raison de la salubrité des lieux ou

⁷ Système d'alertes régionales et d'intervention graduelle (COVID-19)
<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/>

simplement par défaillance dans l'accès ou le port des équipements de protection individuelle requis.

Dans cette même optique, une transmission communautaire modérée ou forte témoigne d'une circulation soutenue du virus dans la communauté et d'un manquement aux mesures de protection entre citoyens et dans les lieux publics.

Mobilité interrégionale

Les schémas en annexe présentent les recommandations concernant la mobilité des apprenants entre les régions lorsque ceux-ci sont non protégés (tableau 1) et lorsque ceux-ci sont partiellement ou complètement protégés par la vaccination entre autres (tableau 2).

Précisions

Lorsque requise, la période d'isolement peut se réaliser au début de la période de stage, à la fin de la période de stage précédente où se répartir sur deux périodes de stage successives. L'isolement peut se dérouler en région froide (verte ou jaune), en région chaude (orange ou rouge) où se répartir dans chacune des régions, pourvu que des mesures strictes d'isolement soient appliquées (p.ex. comme lors d'un retour de voyage), particulièrement dans les régions chaudes où le risque de transmission communautaire est plus élevé.

Impact de la vaccination

L'arrivée de vaccins contre la COVID-19 amène à considérer le niveau de protection contre la COVID-19 pour gérer les risques reliés aux déplacements interrégionaux. Étant donné que d'autres éléments, outre la vaccination, ont un impact sur le niveau de protection contre la maladie, les termes «protégé», «partiellement protégé» et «non protégé» sont utilisés. Les voici définis.

Une personne est considérée entièrement protégée si :

- Elle a reçu sa deuxième dose de vaccin il y a 7 jours ou plus.
- Elle a fait un épisode de COVID-19 depuis 6 mois ou moins. La date retenue est celle du résultat du test si effectué chez un apprenant sans symptôme ou encore la date du début des symptômes de la COVID-19 confirmée par un résultat de laboratoire.
- Elle a fait un épisode de COVID-19 depuis plus de 6 mois et a reçu une dose de vaccin il y a 7 jours ou plus. Son vaccin doit lui avoir été administré au moins 21 jours après le début de ses symptômes de COVID-19 (ou la date de prélèvement si asymptomatique).

Une personne est considérée partiellement protégée si :

- Elle a reçu une seule dose de vaccin depuis plus de 14 jours.
- Elle a reçu une deuxième dose de vaccin il y a moins de 7 jours
- Elle a fait la COVID-19 depuis plus de 6 mois, mais depuis moins d'un an, sans avoir été vaccinée
- Elle a fait un épisode de COVID-19 depuis plus de 6 mois, mais depuis moins d'un an et a reçu une dose de vaccin il y a moins de 7 jours.

Une personne est considérée non protégée si :

- Elle ne répond à aucun des critères définissant une personne protégée ou partiellement protégée.
- Elle est immunosupprimée. En effet, l'INSPQ rappelle que les immunosupprimés sont considérés comme non protégés, peu importe la vaccination.

Durée de l'isolement : Si un isolement est requis, selon le tableau 1, se référer au document suivant pour la durée de l'isolement : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3141-gestion-travailleurs-sante-milieux-soins.pdf>

Isolement strict : Pour un stagiaire non protégé, et habitant habituellement en zone orange ou rouge, en stage dans une zone verte ou jaune située **à plus de 50 km** de son établissement d'enseignement, un TAAN doit être fait le premier vendredi (dernier jour du stage précédent) et le 2e vendredi, 7 jours plus tard. Il est suggéré de prendre les rendez-vous à l'avance, le premier TAAN pouvant être fait dans l'établissement où le stage précédant a lieu. Malgré l'isolement nécessaire en lien avec la mobilité, le stagiaire peut se déplacer d'une région à une autre tout en limitant ses contacts. L'isolement doit se faire même si le stagiaire prévoit faire le transit entre deux régions chaque jour.

Isolement communautaire: Dans le cas d'un apprenant non protégé, et qui passe d'une région orange ou rouge vers une région verte ou jaune, dans une région située **à moins de 50 km** de son établissement d'enseignement, l'isolement est communautaire. C'est-à-dire que l'apprenant évite tous les contacts non essentiels dans la communauté (souper entre amis, regroupement, gym, etc.). L'apprenant doit faire livrer son épicerie et il est fortement recommandé d'éviter le transport en commun. S'il n'est pas possible d'éviter le transport en commun, l'apprenant doit prendre les précautions pour éviter sa contamination (éviter les heures de pointe et l'utilisation du cellulaire, désinfection des mains fréquente, port d'un masque de qualité médical, changement de vêtement à l'arrivée sur les lieux du stage, etc.) Les autres personnes qui partagent le milieu de vie avec l'apprenant peuvent aller travailler ou à l'école, mais doivent aussi limiter leurs contacts sociaux en dehors du travail ou de l'école. De plus, à l'intérieur, les contacts entre les résidents d'un même logement devraient aussi être limités, autant que possible.

Lorsque la famille des apprenants réside dans une région à transmission communautaire modérée ou élevée (zone orange ou rouge), les apprenants doivent trouver des modalités pour réduire leur risque au minimum dans leur milieu de vie. Cela inclut l'adhésion aux pratiques de base de protection pour l'ensemble des membres de sa famille. Les déplacements du résident ou de l'apprenant vers la région où réside sa famille, ou à l'inverse, les déplacements de la famille pour rendre visite à l'apprenant, devraient être évités si l'une des deux régions est considérée à transmission communautaire modérée ou élevée et l'autre à faible endémicité. Les établissements d'enseignement doivent aussi proposer des mesures d'assouplissement dans la programmation de stages afin d'éviter les situations où des apprenants se retrouvent dans une autre région que celle de leur famille (p.ex. conjoint(e) et enfants) durant la période de forte endémicité.

Résultat du TAAN : Avant de débiter le stage, le résultat négatif, si requis, de l'apprenant doit être confirmé. Il n'est pas nécessaire que l'apprenant fournisse une preuve écrite à l'établissement d'enseignement ou de santé et de services sociaux du résultat de son test.

Exception au TAAN : Il n'est pas recommandé aux étudiants en pharmacie communautaire de faire un TAAN au jour 0 et 7, car nous jugeons que le risque de transmission vers leur clientèle est faible dans leur milieu de stage et l'accès au TAAN problématique. L'isolement, si requis selon le niveau de protection du stagiaire, demeure recommandé. Aussi, il demeure important de respecter la distanciation et le port des équipements de protection (masque de qualité médicale et protection oculaire) en tout temps sur le lieu de travail.

Déplacement vers des régions et communautés isolées

Il faut toutefois ajouter que pour les régions isolées et les régions 17 et 18, des règles particulières peuvent s'ajouter. Les directions d'enseignement sont invitées à s'informer des conditions selon le niveau de protection auprès des directions régionales de santé publique pour cette situation particulière. Voici une liste de régions et communautés isolées qui est proposée à titre indicatif :

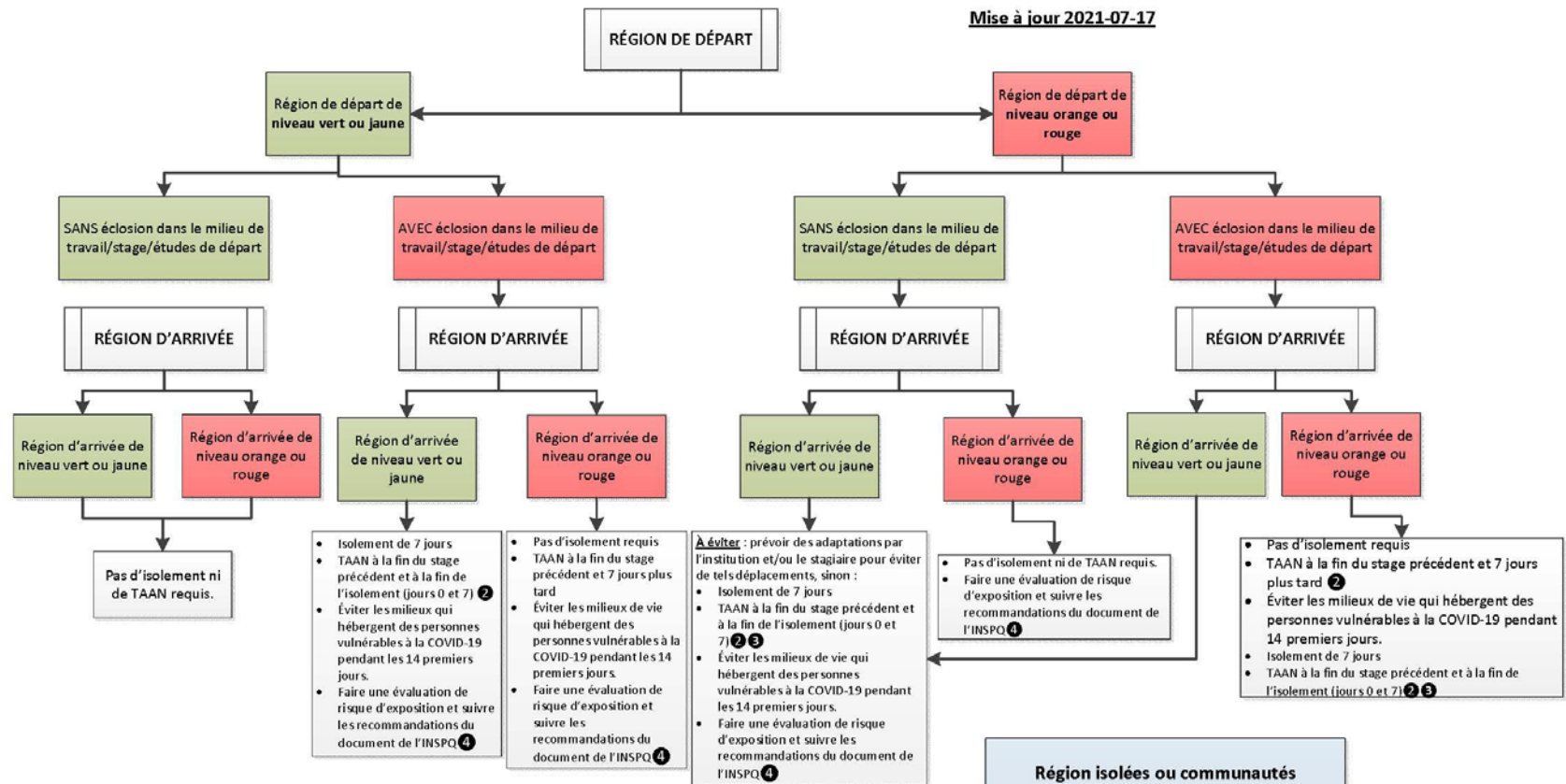
- Localités de Parent, Sanmaur, Clova, Wemindji, Eastmain, Waskagheganish, Nemiscau, Inukjuak, Puvirnituk, Umiujaq, Tasiujaq, Ivujivik, Kangigssualujuaq, Aupaluk, Quaqaq, Akulivik, Kangigssujuaq, Kangirsuk, Salluit, Tarpangajuk
- Territoire de la Côte-Nord, s'étendant à l'est de Havre St-Pierre, jusqu'à la limite du Labrador, y compris l'Île d'Anticosti

- Le territoire situé au nord du 51e degré de latitude incluant Mistissini, Kuujuaq, Kuujuarapik, Whapmagoostui, Chisasibi, Radisson, Schefferville, Kawawachikamach et Was.

Pour davantage d'informations, veuillez consulter les orientations quant à la stabilisation des stages et l'emploi étudiant selon les paliers d'alertes régionales publiées par le MSSS pour la gestion des stagiaires dans les établissements de santé et services sociaux.

Tableau 1

Mesures de mitigation des risques lors de mobilité interrégionale pour les stages en santé selon le système d'alerte et d'intervention à 4 paliers pour les personnes non protégées ❶*



❶ Une personne est considérée non protégée si :

- Elle ne répond à aucun des critères définissant une personne protégée ou partiellement protégée.
- Elle est immunosupprimée. En effet, l'INSPQ rappelle que les immunosupprimés sont considérés comme non protégés, peu importe la vaccination.

❷ À la lumière des connaissances actuelles, le dépistage l'isolement ne sont plus requis en cas de déplacement d'une région de niveau d'alerte orange ou rouge à une région d'alerte au niveau d'alerte vert au jaune pendant une période de 3 mois suivant la guérison d'une infection à la COVID-19. Il n'est pas possible de se prononcer au-delà de cette période pour l'instant.

❸ Si le lieu de stage est à plus de 50 km du port d'attache académique et que le domicile principal de l'apprenant est dans une zone orange ou rouge, un isolement de 7 jours et d'un TAAN jour 0 et 7 sont requis.

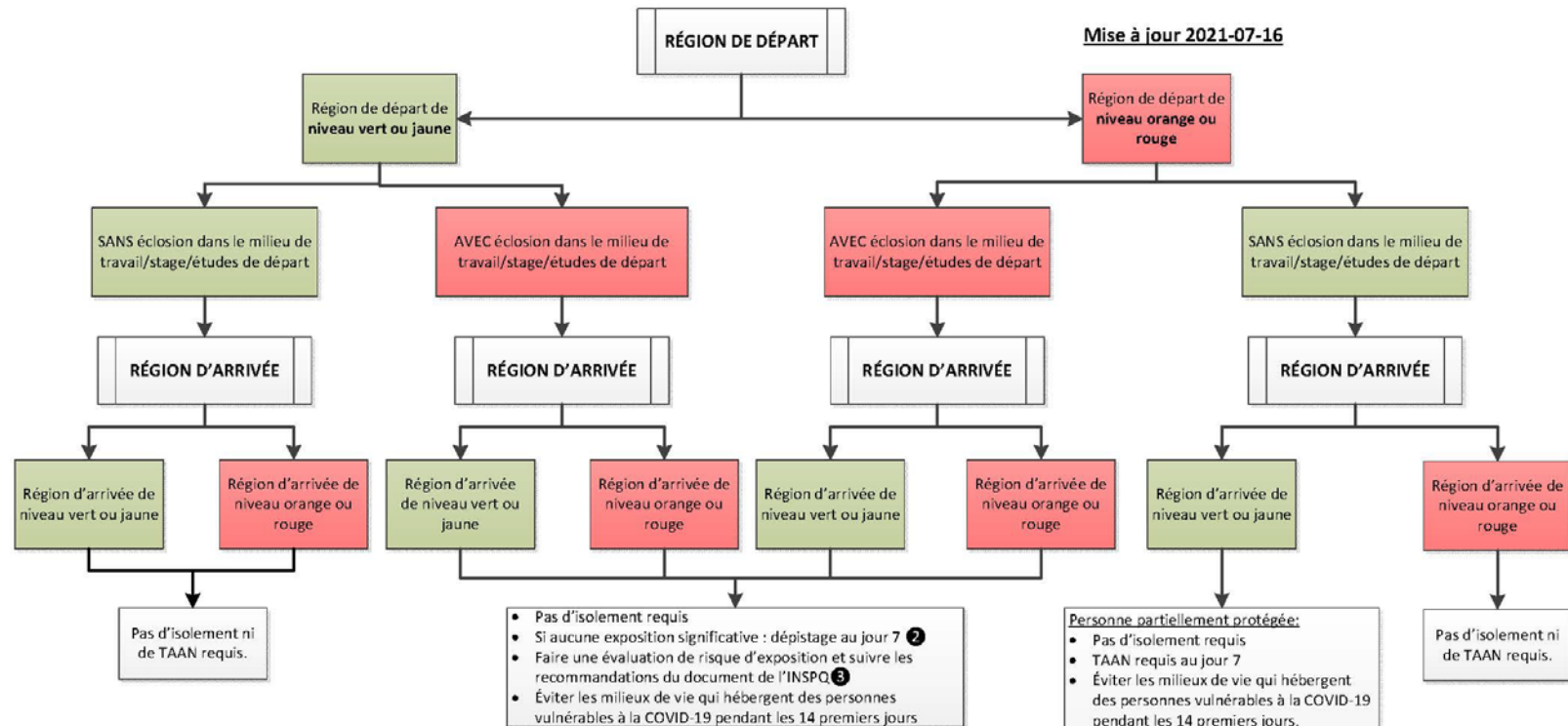
*Système d'alerte et d'intervention à 4 paliers
https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-paliers-alerte.pdf?1599508308

❹ Document SRAS-CoV-2 -Gestion de travailleurs de la santé en milieux de soins de l'INSPQ: <https://www.inspq.qc.ca/publications/3141-covid-19-gestion-travailleurs-sante-milieux-soins>.

Région isolées ou communautés autochtones
 Pour les régions isolées et les communautés autochtones, une quarantaine pourraient continuer d'être imposée considérant qu'une portion de la population est trop jeune pour être vaccinée. Voir avec les directeurs de santé publique des régions 17 et 18.

Tableau 2

Mesures de mitigation des risques lors de mobilité interrégionale pour les stages en santé selon le système d'alerte et d'intervention à 4 paliers pour les personnes protégées ou partiellement protégées¹.



¹ Une personne est considérée entièrement protégée si :

- Elle a reçu sa deuxième dose de vaccin il y a 7 jours ou plus.
- A fait un épisode de COVID-19 depuis 6 mois ou moins.
- A fait un épisode de COVID-19 depuis plus de 6 mois et a reçu une dose de vaccin il y a 7 jours ou plus. Son vaccin doit lui avoir été administré au moins 21 jours après le début de ses symptômes de COVID-19 (ou la date de prélèvement si asymptomatique).

Une personne est considérée partiellement protégée si :

- Elle a reçu une seule dose de vaccin depuis plus de 14 jours.
- Elle a reçu une deuxième dose de vaccin il y a moins de 7 jours.
- A fait la COVID-19 depuis plus de 6 mois, mais depuis moins d'un an, sans avoir été vaccinée
- A fait un épisode de COVID-19 depuis plus de 6 mois et a reçu une dose de vaccin il y a moins de 7 jours.

Les personnes immunosupprimées sont considérées comme non protégées, peu importe la vaccination.

² Compte tenu du risque inhérent à la mobilité des stagiaires et à une situation d'écllosion, un dépistage au jour 7 est conservé par prudence.

*Système d'alerte et d'intervention à 4 paliers
https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-paliers-alerte.pdf?1599508308

³ Document SRAS-CoV-2 - Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins de l'INSPQ: <https://www.inspq.qc.ca/publications/3141-covid-19-gestion-travailleurs-sante-milieu-soins>

Région isolées ou communautés autochtones

Pour les régions isolées et les communautés autochtones, une quarantaine pourraient continuer d'être imposée considérant qu'une portion de la population est trop jeune pour être vaccinée. Voir avec les directeurs de santé publique des régions 17 et 18.

Émission : 15-03-2020

Mise à jour : 22-07-2021

Directive ministérielle DGPPFC-042

Catégorie(s) :

- ✓ Milieu carcéral
- ✓ Admission
- ✓ Équipements de protection individuels
- ✓ Prévention et contrôle des infections

**DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL-
« ALGORITHME DÉCISIONNEL –
ADMISSION DES PERSONNES INCARCÉRÉES »**

Remplace directive
No. 19-210-52W

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



Destinataires :

- Tous les CISSS et CIUSSS ayant sous leur responsabilité des services de santé et services sociaux offerts en établissement de détention provincial.
- Ministère de la Sécurité publique/ Direction générale des services correctionnels/Tous les établissements de détentions provinciaux.

Directive

Objet :	<p>Cette directive présente la mise à jour de la mesure « Algorithme décisionnel – Admission des personnes incarcérées » une mesure applicable lors de toute admission en milieu carcéral provincial et ce, peu importe le palier d’alerte en vigueur dans la région où se trouve l’établissement de détention.</p> <p>L’outil décisionnel infirmier permet de déterminer si une période d’isolement est requise, lors de toute admission en milieu carcéral.</p> <p>Considérant que la campagne de vaccination provinciale se poursuit en milieu carcéral provincial, que la situation épidémiologique provinciale demeure sous surveillance, et que des risques peuvent être associés à l’incidence des nouveaux variant, il est nécessaire de poursuivre l’application rigoureuse des mesures PCI applicables en milieu carcéral provincial . Celles-ci visent à limiter la propagation de la COVID-19.</p> <p>Cette mise à jour vise principalement à clarifier la distanciation physique à respecter entre les PI de zone froide, de préciser la trajectoire lors de l’admission / réadmission en milieu carcéral et de la levée des isolements du secteur admission/transition.</p>
Mesures à implanter :	<p>Les mesures à déployer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Algorithme décisionnel - admission des personnes incarcérées. ➤ Annexe 1 – Outil décisionnel infirmier COVID-19 milieu carcéral

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : Ces directives ont été élaborées en collaboration avec la Direction Générale des Services Correctionnel (DGSC) du Ministère de la Sécurité publique (MSP).

Direction ou service ressource :	Direction des services en dépendance et en itinérance (responsable des services de santé et des services sociaux offerts en milieu carcéral provincial)
Documents annexés :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Algorithme décisionnel - admission des personnes incarcérées ✓ Annexe 1- Outil décisionnel infirmier COVID-19 milieu carcéral

Émission : 15-03-2020

Mise à jour : 22-07-2021

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
Chantal Maltais

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec 

Directive ministérielle DGPPFC-001

Directive

DGPPFC-042 - Annexe 1 - OUTIL DÉCISIONNEL INFIRMIER – ADMISSION/RÉADMISSION EN MILIEU CARCÉRAL

PARTIE 1 – CONFIRMATION LABORATOIRE

- Avez-vous reçu un diagnostic de la COVID-19 (test de dépistage positif) dans les six derniers mois ?

Si NON → Passer à la PARTIE 2

Si OUI dans les 10 derniers jours → Cas confirmé (et passer à la PARTIE 4) .

Si OUI depuis plus de 10 jours → Valider si « rétabli » (voir Section 1) : Si « rétabli » → cas non suspecté passer à la PARTIE 2 | Si non rétabli → cas confirmé et passer à la PARTIE 4

PARTIE 2 – CRITÈRES D'EXPOSITION ET STATUT DE PROTECTION

- Est-ce que vous avez eu un résultat positif à la COVID-19 dans le passé et une dose de vaccin depuis plus de 7 jours OU, deux doses de vaccins depuis plus de 7 jours (voir Section 2) ?

Si OUI → Passer à la PARTIE 3 | Si NON ou personne immunosupprimée → Passer à la question suivante

- Avez-vous eu une exposition à risque modéré ou élevé à la COVID-19 dans les 14 derniers jours ?

- Personne ne vivant sous le même toit ou partenaire intime d'une personne confirmée de la COVID-19 ou d'un contact de cas en attente d'un premier test ;
- Contact domiciliaire d'un contact étroit (personne exposée à une personne COVID-19 positif).
- Contact prolongé (> 15 minutes cumulatives ou continues), à moins de 2 mètres, avec une personne confirmée de la COVID-19 (sans port du masque chirurgical ou médical);
- Personne prodiguant des soins corporels à un cas confirmé de la COVID-19 ou personnel soignant en contact direct avec un cas confirmé de la COVID-19 (sans port EPI approprié);
- Personne ayant eu un contact direct avec des liquides biologiques infectieux (expectorations ou crachats reçus dans le visage, les yeux, etc.);
- Exposition dans un milieu identifié comme « en éclosion » par la santé publique (école, restaurant, résidence pour personnes âgées, milieu de travail, établissement de détention, etc.),
- Séjour de plus de 48h dans un centre hospitalier en éclosion (hospitalisation ou séjour à l'urgence);
- Avoir été plus de 48h à l'extérieur du Canada.

Si OUI Cas suspecté et passer à la PARTIE 4 | Si NON Passer à la PARTIE 3

PARTIE 3 – CRITÈRES CLINIQUES

- Est-ce que vous avez 1 des symptômes suivants *Se référer à la section 3 pour les usagers symptomatiques qui ont été vaccinés dans les 4 derniers jours

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

OU au moins 2 des symptômes suivants **Se référer à la section 3 pour les usagers symptomatiques qui ont été vaccinés dans les 4 derniers jours

- Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique)
- Nausées ou vomissements
- Diarrhée
- Douleur abdominale
- Fatigue intense
- Céphalée
- Perte d'appétit importante

Si OUI Cas suspecté et passer à la PARTIE 4 | Si NON Cas non suspecté et passer à la PARTIE 5

PARTIE 4 – PRISE EN CHARGE DES CAS SUSPECTÉS (Zone tiède) OU CONFIRMÉS (Zone chaude)

Peu importe le palier d'alerte (vert, jaune, orange et rouge) :

• Cas suspectés :

Déplacer la PI en zone tiède (voir Section 4 pour l'orientation en zone tiède), et procéder au test de dépistage.

NB : La PI qui refuse de répondre aux questions et/ou qui refuse un dépistage doit être considérée « cas suspecté » et gardé en zone tiède.

• Cas confirmés :

Déplacer la PI en zone chaude.

Suivre les consignes applicables en milieu carcéral :

- 1- [DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL - Gestion des cas et des contacts - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
- 2- [DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL « Gradation des mesures de prévention et de protection \(COVID-19\) dans les établissements de détention et les services professionnels correctionnels du Québec » - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

PARTIE 5 – PRISE EN CHARGE DES CAS « NON SUSPECTÉS » (Zone froide)

Paliers d'alerte vert et jaune :

• Cas non suspectés :

Suite à l'évaluation infirmière, levée de l'isolement du secteur admission/transition et transfert en zone froide.

Aucun test de dépistage requis sauf si un doute persiste suite à l'évaluation infirmière.

Paliers d'alerte orange et rouge :

- **Cas non suspecté et adéquatement protégés :** Suite à l'évaluation infirmière, levée de l'isolement du secteur admission/transition et transfert en zone froide.
- **Cas non suspectés et partiellement protégé ou non protégés :** Isolement de 14 jours au secteur admission/transition.

NB : Toujours s'assurer d'évaluer le statut du codétenu si la PI était en occupation double dans sa cellule (de façon exceptionnelle), et ce, avant la levée de l'isolement.

Suivre les consignes applicables en milieu carcéral :

- 1- [DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL - Gestion des cas et des contacts - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
- 2- [DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL « Gradation des mesures de prévention et de protection \(COVID-19\) dans les établissements de détention et les services professionnels correctionnels du Québec » - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

Référence : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgaumip-009-rev4_outil-de-triage-infirmiere-urgence-covid-19.pdf

Section 1

Usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de la COVID-19

Situation de l'usager « rétabli »	
<u>MALADIE LÉGÈRE OU MODÉRÉE</u> Plus de 10 jours après le début des symptômes	<u>COVID-19 confirmée (test de laboratoire)</u> • Qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)
<u>MALADIE SÉVÈRE (ADMIS À USI EN LIEN AVEC LA COVID-19)</u> Plus de 21 jours après le début des symptômes	<u>COVID-19 confirmée (test de laboratoire)</u> • Qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)
<u>USAGER IMMUNOSUPPRIMÉ</u> Plus de 28 jours après le début des symptômes	<u>COVID-19 confirmée (test de laboratoire)</u> • Qui rencontre le délai de 28 jours, post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)

* Sans prise d'antipyrétique

Section 2

Statut de protection COVID-19

La personne suivante est considérée protégée :

- A reçu 2 doses de vaccin : exposition ≥ 7 jours après la 2^e dose;
- A eu un épisode de COVID-19 confirmé¹ depuis ≤ 6 mois²³ (vaccinée ou non).
- A eu un épisode de COVID-19 confirmé > 6 mois¹ suivi par au moins 1 dose de vaccin³ : exposition ≥ 7 jours après la 1^{re} dose;

La personne suivante est considérée partiellement protégée :

- A reçu 1 dose de vaccin : exposition ≥ 14 jours après la dose;
- A reçu 2 doses de vaccin : exposition < 7 jours après la 2^e dose;
- A eu un épisode de COVID-19 confirmé¹ > 6 mois à ≤ 12 mois³ ET non vaccinée ;
- A eu un épisode de COVID-19 confirmé¹ > 6 mois à ≤ 12 mois ET suivi par 1 dose de vaccin : exposition < 7 jours après la dose.

La personne suivante est considérée non protégée (selon les données disponibles actuellement)

- Aucun épisode confirmé¹ de COVID-19 ET non vaccinée (ou exposition survenue moins de 14 jours après 1 dose);
- Épisode de COVID-19 confirmé depuis > 12 mois ET non vaccinée (ou exposition survenue moins de 7 jours après 1 dose);
- Personne immunosupprimée (vaccinée ou non, épisode de COVID-19 antérieur ou non)

Référence : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires | INSPQ](#)

Section 3

Algorithme décisionnel post vaccination

Manifestations cliniques présentées		Isolement préventif
Signes ou symptômes généraux avec ou sans fièvre objectivée et sans symptômes respiratoires apparus dans les 48 heures suivant la vaccination.	<ul style="list-style-type: none">• Céphalée• Myalgies ou arthralgies• Fatigue• ± Fièvre	Aucun isolement requis sauf si l'état général se détériore, les symptômes s'aggravent ou ne s'améliorent pas 48 heures après la vaccination, ou si d'autres symptômes apparaissent
Signes ou symptômes généraux avec ou sans fièvre objectivée et sans symptômes respiratoires apparus plus de 48 heures suivant la vaccination.	<ul style="list-style-type: none">• Céphalée• Myalgies ou arthralgies• Fatigue• ± Fièvre	Isolement requis
Symptômes associés à la COVID mais non au vaccin	<ul style="list-style-type: none">• Mal de gorge• Toux• Agueusie et/ou anosmie• Difficulté respiratoire	Isolement requis
Symptômes locaux associés au vaccin et non à la COVID	<ul style="list-style-type: none">• Douleur ou gonflement au site d'injection	Aucun isolement requis

Section 4

Orientation des patients suspectés en zone tiède

Sans créer des sous-sections physiquement distinctes dans les secteurs de zone tiède, il faut, **dans la mesure du possible**, diminuer la proximité des PI suspectés à « risque FAIBLE OU MODÉRÉ » des PI à « risque ÉLEVÉ ».

COVID-19 Cas Suspecté « Risque Élevé »	Tableau clinique positif (+) plus (+) critères d'exposition positifs (+)
COVID-19 Cas Suspecté « Risque Faible ou Modéré »	Tableau clinique positif (+) plus (+) critères d'exposition négatifs (-) ou Tableau clinique négatif (-) plus (+) critères d'exposition positifs (+)

COVID-19- DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL-DGPPFC-042
ALGORITHME DÉCISIONNEL - ADMISSION DES PERSONNES INCARCÉRÉES (outil utilisé par les agents des services correctionnels)

Mise à jour du 22 juillet 2021

LORS DE L'ADMISSION DE TOUTE PERSONNE INCARCÉRÉE (PI) EN ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION, L'AGENT DES SERVICES CORRECTIONNELS (ASC) **S'ASSURE DE FAIRE RESPECTER LES MESURES PCI EN VIGUEUR (HYGIÈNE DES MAINS, PORT DU MASQUE DE QUALITÉ MÉDICALE ET DISTANCIATION PHYSIQUE DE 2 MÈTRES)** ET POSE LES QUESTIONS SUIVANTES :

- AVEZ-VOUS UN DIAGNOSTIC CONFIRMÉ DE COVID-19 OU ÊTES-VOUS EN ATTENTE D'UN RÉSULTAT DE DÉPISTAGE ?
- AVEZ-VOUS VOYAGÉ AU COURS DES 14 DERNIERS JOURS ?
- AVEZ-VOUS ÉTÉ EN CONTACT ÉTROIT AVEC UN CAS CONFIRMÉ DE COVID-19 OU UN CAS EN ATTENTE DE RÉSULTAT (contact à moins de 2 mètres, durée d'exposition cumulative ou continue de plus de 15 min /24 hres) ?
- AVEZ-VOUS DE LA FIÈVRE ?
- AVEZ-VOUS DE LA TOUX (RÉCENTE OU AGGRAVÉE) ?
- AVEZ-VOUS DE LA DIFFICULTÉ À RESPIRER (dyspnée) ?
- AVEZ-VOUS UNE PERTE SOUDAINE DE L'ODORAT SANS CONGESTION NASALE, AVEC OU SANS PERTE DE GOÛT ?
- AVEZ-VOUS D'AUTRES SYMPTÔMES : DOULEURS MUSCULAIRES, MAL DE TÊTE, FATIGUE INTENSE, IMPORTANTE PERTE D'APPÉTIT, MAL DE GORGE, DIARRHÉE ?

Précisions :

1- Une PI qui « refuse » de répondre aux questions doit être automatiquement dirigée en zone tiède jusqu'à son évaluation par l'infirmière du service de santé.

2 - Une PI qui dit avoir déjà eu la COVID dans le passé ou qui dit être VACCINÉE (une dose ou deux doses) devra toujours être évaluée par l'infirmière du service de santé. En attendant cette évaluation, diriger la PI vers le secteur qui correspond à son statut (symptômes, historique de contact et de voyage).

NON à toutes ces questions :

- S'assurer du port du MASQUE de qualité médical.
- Procéder à l'admission selon le processus habituel.
- Diriger la PI vers le secteur d'incarcération « **ADMISSION/TRANSITION** »
- **Aviser les infirmières du service de santé afin qu'elles procèdent à l'évaluation afin de déterminer si un isolement est requis.** (voir Annexe 1 - Outil décisionnel infirmier)

OUI à l'une ou plusieurs de ces questions (sauf COVID positif ou

PI qui refuse de répondre aux questions):

- S'assurer du port du MASQUE de qualité médical.
- Diriger la PI vers la CELLULE du secteur de l'admission qui a été identifié pour l'admission des cas « suspicion de COVID-19 ».
- Procéder à l'ensemble du processus d'admission dans cette CELLULE (incluant la fouille).
- Aviser rapidement les infirmières du service de santé afin qu'elles **procèdent à l'évaluation et au dépistage de chacune de ces personnes** (voir Annexe 1 - Outil décisionnel infirmier).
- Au besoin, contacter la ligne INFO-COVID 1 877 644-4545.
- Par la suite, diriger la personne dans le secteur d'incarcération « **ZONE TIÈDE** » : PI suspectée ou en investigation de la COVID-19.

OUI à un diagnostic confirmé de COVID-19:

- S'assurer du port du MASQUE de qualité médical.
- Diriger la personne vers la CELLULE du secteur de l'admission IDENTIFIÉE pour les « cas COVID-19 positifs ».
- Procéder à l'ensemble du processus d'admission dans cette CELLULE (incluant la fouille).
- Aviser rapidement les infirmières du service de santé afin qu'elles **procèdent à l'évaluation et au suivi de chacune de ces personnes** (voir Annexe 1 - Outil décisionnel infirmier).
- Par la suite, diriger la personne dans le secteur d'incarcération « **ZONE CHAUDE** » : PI avec COVID-19 confirmé .
- Au besoin, contacter la ligne INFO-COVID 1 877 644-4545.

IMPORTANT :

Aviser la direction de santé publique régionale rapidement.

Références :

[DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL - Gestion des cas et des contacts - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

[DIRECTIVES POUR LE MILIEU CARCÉRAL « Gradation des mesures de prévention et de protection \(COVID-19\) dans les établissements de détention et les services professionnels correctionnels du Québec » - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/plan-deconfinement>

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

Directive ministérielle **REV.1**

- ✓ Catégorie(s) :
- ✓ Personnes proches aidantes
 - ✓ Répit
 - ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI)
 - ✓ Soutien à domicile
 - ✓ Prestataires externes
 - ✓ Mobilité du personnel
 - ✓ Équipement de protection individuelle (EPI)

Directive sur les services de répit à domicile avec nuitée(s) et les maisons de répit

Remplace les directives émises le 6 novembre 2020 DGAPA-006

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



Destinataire : - Tous les CISSS et les CIUSSS

- Direction SAPA
- Direction DP-DI-TSA

Directive

Objet :	En raison de la pandémie de la COVID-19 au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) maintient les consignes concernant le répit à domicile avec nuitée(s) et les maisons de répit. En ce sens, ces services sont nécessaires afin de dégager temporairement la personne proche aidante de son rôle et ainsi lui permettre de refaire le plein d'énergie, de se reposer ou de s'acquitter de ses obligations personnelles. Des précautions particulières doivent être prises afin de réduire le risque de transmission du virus et protéger tant le personnel qui offre ces services que les usagers qui séjournent dans ces lieux .
Mesures à implanter :	<p>La dispensation de services de répit à domicile avec nuitée(s) et en maison de répit demeure maintenue jusqu'à nouvel ordre, et ce, peu importe la situation épidémiologique ou le palier d'alerte en vigueur sur un territoire donné.</p> <p>Un usager avec un diagnostic positif à la COVID-19 ne peut pas bénéficier de ces services. Si l'usager développe des symptômes compatibles à la COVID-19 durant la prestation de services, ces derniers devront être suspendus. Enfin, si un intervenant présente des symptômes compatibles ou un diagnostic positif à la COVID-19, il devra être retiré du milieu.</p> <p>Le port du masque de qualité médicale et la distanciation physique de deux mètres doivent être respectés (sauf en contexte de soins), et ce, peu importe le niveau de protection des personnes (par exemple, personnes ayant reçu deux doses de vaccin).</p> <p>Ainsi, les consignes suivantes doivent être respectées :</p> <p>Pour les services de répit à domicile avec nuitée(s) et les maisons de répit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant de se rendre au domicile de l'usager ou avant l'accueil d'une personne en maison de répit; • À l'arrivée et pendant le séjour; • À la fin du séjour; • Pour les situations qui nécessitent de suspendre temporairement le service de répit à domicile avec nuitée(s) ou en maison de répit; • Stratégie d'approvisionnement en équipement de protection individuelle. <p>Pour les maisons de répit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les personnes proches aidantes et les visiteurs qui désirent se rendre à la maison de répit durant le séjour de l'aidé; • Pour les personnes proches aidantes; • Responsabilités de la maison de répit;

Émission :	2020-07-06
------------	------------

Mise à jour :	2021-07-28
---------------	------------

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Pour l'aménagement des lieux en maison de répit;• Pour le nettoyage et la désinfection des lieux en maison de répit. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Titre de section : Aucun

Direction ou service ressource :	Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Documents annexés :	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

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie



Directive

La dispensation de services de répit à domicile avec nuitée(s) et en maison de répit demeure maintenue jusqu'à nouvel ordre, et ce, peu importe la situation épidémiologique ou le palier d'alerte en vigueur sur un territoire donné. Un usager avec un diagnostic positif à la COVID-19 ne peut pas bénéficier de ces services. Si l'usager développe des symptômes compatibles à la COVID-19 durant la prestation de services, ces derniers devront être suspendus. Enfin, si un intervenant présente des symptômes compatibles ou un diagnostic positif à la COVID-19, il devra être retiré du milieu.

Pour plus de détail sur ces mesures, se référer à la directive DGAPA-003, *Mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la COVID-19* disponible sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>.

À noter que les recommandations formulées se basent sur les orientations ministérielles actuelles concernant les mesures de prévention et de contrôle des infections. Elles seront ajustées en fonction de l'évolution de la situation.

CONSIGNES POUR LES SERVICES DE RÉPIT À DOMICILE AVEC NUITÉE(S) ET LES MAISONS DE RÉPIT

1. Assurez-vous de mettre en place les consignes suivantes :

- Prévoir un lien direct entre le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du territoire et la maison de répit ou le service de répit à domicile avec nuitée(s), afin de demeurer mutuellement informés et assurer la cohérence des actions dans le contexte de la pandémie à la COVID-19;
- En cas de volume important de demandes de répit, prioriser, dans la mesure du possible, l'octroi de services de répit avec nuitée(s) aux personnes proches aidantes qui sont à risque ou qui présentent des signes d'épuisement ou un risque de relocalisation ou d'hébergement de l'usager. Si le répit ne peut pas être offert, référer les personnes proches aidantes vers d'autres services de la communauté ou vers le CISSS/CIUSSS concerné;
- S'assurer que les intervenants aient consulté les formations concernant les mesures de prévention et de contrôle des infections mises à leur disposition sur le site de [l'Environnement numérique d'apprentissage \(ENA\)](#);
- Une surveillance des symptômes doit être effectuée en continu et consignée à la fois pour l'intervenant et les usagers. Pour ce faire, réaliser une autoévaluation personnelle des symptômes à l'aide du questionnaire disponible sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19>.
- Si l'intervenant qui offre le service de répit à domicile avec nuitée(s) ou en maison de répit développe des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou a été en contact avec une personne positive à la COVID-19, suivre les recommandations de l'INSPQ en vigueur concernant les mesures d'isolement à mettre en place. Lorsqu'il doit s'isoler, il doit immédiatement demander à être remplacé par un autre intervenant :
 - Recommander l'usager à un autre intervenant afin d'offrir le répit à domicile avec nuitée(s);
 - Si la suspicion d'exposition à risque ou de la présence de la COVID-19 sont écartées, à la suite de l'évaluation du personnel du service de soins (ou par Info-COVID), l'intervenant en question peut offrir à nouveau ses services pour offrir du répit à domicile ou en maison de répit;
 - Si l'intervenant est testé positif à la COVID-19, il doit respecter les recommandations sur la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé, DGSP-018, accessible au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

- Ne pas offrir du répit à domicile avec nuitée(s) ou en maison de répit pour :
 - o une personne infectée par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui n'est pas considérée comme rétablie;
 - o personne chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
 - o personne symptomatique en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
 - o personne ayant reçu la consigne de s'isoler par la santé publique;
 - o personne de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada depuis 14 jours et moins ou selon les indications du gouvernement fédéral en lien avec les mesures d'isolement au retour d'un voyage.
- Attendre que cette personne soit rétablie de la COVID-19 selon les recommandations pour la levée d'isolement pour la population générale. Dans le cas du répit à domicile avec nuitée(s), attendre que la maisonnée ait été désinfectée (surfaces fréquemment touchées, laver les tissus dans la lessive habituelle, etc.). Offrir un soutien aux personnes proches aidantes pour les guider dans le nettoyage des surfaces selon les recommandations de l'INSPQ : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces>;
- Demander aux intervenants qui reviennent de l'étranger de s'isoler obligatoirement pendant 14 jours ou selon les indications du gouvernement fédéral en lien avec les mesures d'isolement au retour d'un voyage;
- S'assurer que l'équipement de protection individuelle (ÉPI) est disponible en quantité suffisante sur place en fonction des directives de la CNESST en vigueur. Voir le Guide de normes sanitaires en milieu de travail pour les installations publiques et privées d'hébergement et de soins pour personnes âgées – COVID-19 <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/guide-covid-19-hebergement-soins-personnes-agees>
- Pour le répit à domicile avec nuitée(s), laisser à la discrétion de l'intervenant le choix d'amener sa propre literie (draps, couvertures, oreillers, etc.) ou d'utiliser celle mise à sa disposition au domicile de l'utilisateur pourvu que celle-ci soit lavée juste avant et après avoir offert les services à domicile.

2. Consignes avant de se rendre au domicile de l'utilisateur ou avant l'accueil d'une personne en maison de répit :

- Effectuer un appel téléphonique avant que l'intervenant ne se déplace au domicile ou avant d'accueillir la personne en maison de répit et demander si l'utilisateur ou une personne de la maisonnée vivant au même domicile :
 - o A reçu un résultat positif ou confirmé de COVID-19 (cas confirmé);
 - o Est en attente d'un résultat de test pour la COVID-19 en raison de symptômes compatibles;
 - o A des symptômes compatibles avec la COVID-19;
 - o A voyagé à l'extérieur du pays au cours des quatorze derniers jours ou selon les indications du gouvernement fédéral en lien avec les mesures d'isolement au retour d'un voyage;
 - o A reçu une consigne d'isolement des autorités de santé publique.
- Si la personne répond NON à toutes ces questions : le service de répit avec nuitée(s) est maintenu ou la personne peut être accueillie à la maison de répit. Cependant, il est de la responsabilité des familles d'informer les intervenants si la situation change après l'appel téléphonique;
- Si la personne répond OUI à l'une ou à plusieurs de ces questions :
 - o Suspendre le répit à domicile avec nuitée(s) ou l'accueil de la personne en maison de répit;
 - o Demander à la personne d'appeler à Info-COVID au 1 877 644-4545;
 - o Si la suspicion de la présence de COVID-19 est infirmée par le personnel du service de soins (ou par Info-COVID) : offrir le répit à domicile avec nuitée(s) ou accueillir la personne en maison de répit;
 - o Si le diagnostic de COVID-19 est confirmé ou si un isolement est jugé nécessaire par le personnel du service de soins (ou par Info-COVID) : reporter le répit à domicile ou l'accueil de la personne en maison de répit après la levée de l'isolement de toutes les personnes vivant sous le même toit que la personne aidée.
- Pour le service de répit à domicile avec nuitée(s), demander que soit nettoyés et désinfectés avec un produit efficace contre la COVID-19 et selon les recommandations du document de l'INSPQ <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces>, les objets et les

surfaces touchés fréquemment tels que poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier et de toilette avant l'arrivée de l'intervenant;

- Demander que des produits nettoyants et désinfectants soient disponibles en quantité suffisante pour le séjour de répit et mis à la disposition de l'intervenant.

3. À l'arrivée et pendant le séjour :

- Poser de nouveau les questions citées précédemment et suivre la même procédure;
- Se laver les mains et laver celles de l'utilisateur avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique à l'arrivée, avant et après tout contact avec l'utilisateur ou son environnement, avant de procéder à un soin et dans toute autre situation le requérant ([se référer aux formations disponibles sur l'hygiène des mains sur l'environnement numérique d'apprentissage](#));

Porter le masque **de qualité médicale** et la protection oculaire **selon les directives en vigueur** lors de la prestation de soins et services à moins de deux mètres de l'utilisateur, par ex. : lors des services d'assistance personnelle (soins d'hygiène, transferts, etc.). Pour plus de détails, se référer aux indications de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) avec l'affiche *Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail?* : <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/affiche-covid-19-hebergement-personnes-agees>

- Le masque **de qualité médicale** doit être remplacé s'il est humide ou souillé. Il doit être jeté rapidement dans une poubelle après utilisation et suivi par un lavage de mains. Ainsi, il est nécessaire de s'assurer que ces masques soient accessibles, portés et retirés selon les meilleures pratiques ([se référer aux formations disponibles sur l'environnement numérique d'apprentissage](#));
- Procéder à une autosurveillance des symptômes et effectuer une surveillance quotidienne des symptômes de l'utilisateur;
- Nettoyer et désinfecter quotidiennement les objets et les surfaces touchés fréquemment tels que poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier et toilettes.

4. À la fin du séjour :

- Lorsque le séjour de répit avec nuitée(s) ou en maison de répit est terminé et que l'intervenant ou l'utilisateur est de retour à son domicile, il doit :
 - Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique.

5. Consignes pour les situations qui nécessitent de suspendre temporairement le service de répit à domicile avec nuitée(s) ou en maison de répit :

- La personne aidée ou quelqu'un sous son toit devient symptomatique ou reçoit la recommandation de s'isoler ou de passer un test de dépistage pour la COVID-19 (ex. : à la suite d'une exposition à risque) pendant le séjour de l'intervenant ou de la personne en maison de répit devient symptomatique :
 - S'assurer que les intervenants savent comment utiliser correctement l'ÉPI;
 - L'intervenant revêt l'équipement de protection requis (masque, protection oculaire, blouse à manches longues, gants) **selon les consignes en vigueur**;
 - Appeler au **1 877 644-4545** et suivre les consignes reçues;
 - Pour le répit à domicile, l'intervenant s'assure que la personne aidée est prise en charge adéquatement en appelant la personne proche aidante ou l'intervenant en soutien à domicile, et ce, avant de quitter les lieux le plus rapidement possible;
 - Pour les maisons de répit :
 - isoler obligatoirement la personne présentant des symptômes dans sa chambre;
 - aviser le CISSS ou le CIUSSS de la situation. Mettre en place les mesures de prévention et de contrôle des infections selon les meilleures pratiques recommandées par les équipes pour les mesures de prévention et contrôle des infections du CISSS ou du CIUSSS;
 - des démarches doivent être entamées avec la personne proche aidante et avec l'intervenant pivot du soutien à domicile pour convenir de la planification du retour à domicile ou si ce n'est pas possible des solutions alternatives doivent être explorées, comme par exemple, un transfert de l'utilisateur en zone tampon **qui est considéré comme une solution de dernier recours**.

- L'intervenant devient symptomatique ou reçoit la recommandation de s'isoler ou de passer un test de dépistage pour la COVID-19 durant le séjour lorsqu'il offre du répit à domicile avec nuitée(s) :
 - S'assurer de porter les ÉPI adéquats et recommandés, respecter la distanciation physique de deux mètres par rapport aux autres personnes, s'isoler dans un endroit circonscrit et pratiquer souvent l'hygiène des mains;
 - Appeler au 1877 644 4545 et suivre les consignes reçues;
 - Organiser une prise en charge adéquate de la personne aidée avant de quitter les lieux le plus rapidement possible;
- Mettre en place les mécanismes requis pour s'assurer que l'intervenant ou toutes les personnes de la maisonnée ou de la maison de répit respectent les Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes de la COVID-19¹ ou qui reçoit la recommandation de s'isoler ou de passer un test de dépistage de la COVID-19;
- Dans ces situations, il faudra attendre que l'intervenant, la personne aidée et les personnes vivant sous son toit répondent aux critères pour la durée de l'isolement² avant d'offrir de nouveau le service de répit à domicile avec nuitée(s).
- Lorsque le service de répit à domicile avec nuitée(s) ou en maison de répit doit être suspendu, d'autres solutions pour soutenir l'usager et son proche doivent être envisagées (ex. : soutien téléphonique).

6. Stratégie d'approvisionnement en équipement de protection individuelle :

- L'approvisionnement en équipement de protection individuelle (masque de qualité médicale, protection oculaire, blouse à manches longues, gants) aux organismes qui offrent du répit à domicile avec nuitée(s) et des maisons de répit est sous la responsabilité du CISSS ou CIUSSS du territoire.

CONSIGNES SPÉCIFIQUES POUR LES MAISONS DE RÉPIT

En plus des consignes mentionnées précédemment, assurez-vous de mettre en place les consignes suivantes :

7. Consignes pour les personnes proches aidantes et les visiteurs qui désirent se rendre à la maison de répit durant le séjour de l'aidé :

- Il importe de rappeler comment sont définis une personne proche aidante et un visiteur.
 - Voici la définition d'une personne proche aidante : Toute personne qui apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme et est offert de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. La famille proche et immédiate doit ainsi tout comme les personnes proches aidantes répondant à la définition pouvoir avoir accès au milieu de vie de son proche.
 - Voici la définition d'un visiteur : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique.
- L'aide et le soutien apporté peuvent concerner l'accompagnement pour les repas, la surveillance et la vigilance face à l'état général, le soutien à diverses activités de la routine quotidienne ou de nature récréative, l'aide à la marche ou encore être un soutien sur le plan moral ou apporter du réconfort;
- Suivre les consignes de la population générale quant au nombre de personnes (personnes proches aidantes ou visiteurs) pouvant visiter l'usager, et ce, en respect des consignes sanitaires

¹ Pour plus de détails, visiter le site Québec.ca au lien suivant : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/consignes-isolement-personne-symptomatique-covid-19>

² Se référer au tableau 7 de l'avis de l'INSPQ pour les mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté au lien suivant : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

en vigueur et en fonction de la capacité d'accueil du milieu. En tout temps, il est recommandé de respecter une distanciation physique de deux mètres avec la personne aidée. Cette consigne peut être modulée si deux personnes séjournent ensemble dans la même chambre et bénéficieraient d'un soutien de la même ou des mêmes personnes proches aidantes;

- Il est à noter que l'objectif du répit est de permettre à la personne proche aidante de se reposer et ainsi le soutien apporté à l'utilisateur en maison de répit devrait demeurer minimal.
- S'assurer que les personnes proches aidantes respectent les consignes concernant l'isolement, la surveillance des symptômes et le dépistage lorsqu'elles rendent visite à une personne accueillie en maison de répit :
 - La personne proche aidante doit effectuer une autosurveillance des symptômes. Dès la moindre apparition de symptômes, elle ne doit pas se présenter à la maison de répit, doit l'en aviser et contacter le service Info-COVID au 1 877 644-4545, et suivre les consignes relatives au dépistage et à l'isolement s'il y a lieu;
 - La personne proche aidante doit être asymptomatique ou rétablie de la COVID-19;
 - Si la personne proche aidante est soumise à un isolement, elle ne peut pas se rendre à la maison de répit avant la fin de son isolement.
- S'assurer que les personnes proches aidantes respectent les consignes concernant les mesures de prévention et de contrôle des infections :
 - Prendre connaissance des informations rendues disponibles sur : la surveillance des symptômes, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI);
 - Procéder à l'hygiène des mains en entrant et en sortant de la maison de répit, ainsi qu'en entrant et en sortant de la chambre de l'utilisateur;
 - Porter correctement un masque de qualité médicale dès l'entrée dans la maison de répit et le porter pendant toute la durée de la visite selon les directives en vigueur. Le masque **de qualité médicale** ne peut être utilisé pour une visite subséquente;
- La personne proche aidante et le visiteur qui ne respectent pas les consignes, malgré le fait qu'ils ont reçu toute l'information et ont été accompagnés pour l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) pourrait se voir retirer l'accès à la maison de répit.

8. Consignes pour les personnes proches aidantes :

- La personne proche aidant qui pendant le séjour de son aidé en maison de répit devient symptomatique ou reçoit la recommandation de s'isoler ou de passer un test de dépistage pour la COVID-19 doit s'engager à en informer la maison de répit dans les plus brefs délais;
- La maison de répit doit alors contacter l'intervenant pivot du soutien à domicile pour convenir de la conduite la plus sécuritaire à adopter pour l'utilisateur.

9. Responsabilités de la maison de répit :

- Tenir un registre des visiteurs afin que ceux-ci puissent rapidement être contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placés en isolement si cela est requis. Le registre doit recueillir le minimum de renseignements personnels nécessaires pour faciliter les enquêtes épidémiologiques des autorités de santé publique (nom, numéro de téléphone ou adresse courriel, date et heure de présence, chambre visitée);
- Accueillir la personne proche aidante, **le visiteur** et les accompagner dans leur démarche au besoin;
- S'assurer de mettre à la disposition des personnes proches aidantes **et des visiteurs**, les outils d'information disponibles sur : les symptômes à surveiller (habituelles et atypiques), les mesures d'hygiène de base (hygiène des mains, étiquette respiratoire) et l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI) selon le type de soutien offert et la condition du résident;
- Remettre un masque **de qualité médicale** aux personnes proches aidantes et **visiteurs** dès l'entrée dans la maison de répit et s'assurer qu'elles l'utilisent convenablement, **selon les consignes en vigueur**;
- S'assurer que l'hygiène des mains peut être réalisée lors de l'entrée et de la sortie de la chambre;

- Communiquer avec le CISSS/CIUSSS de la région s'il y a des enjeux sur l'application des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI).

10. Assurez-vous du respect des mesures suivantes pour l'aménagement des lieux en maison de répit :

- Instaurer des mesures de distanciation physique (deux mètres entre les personnes) et instaurer un horaire pour limiter le nombre de personnes dans les salles communes (ex. : pour les repas);
- Adapter les activités dans les aires communes afin de respecter la distanciation physique de deux mètres entre les personnes;
- Réduire au maximum le nombre de membres du personnel différents en contact avec un même résident;
- Assurer un lavage des mains avant et après la présence dans les salles communes;
- Si partage d'objets, désinfection du matériel entre chaque activité. Pour les objets ne pouvant pas être désinfectés, prévoir un délai de 24 heures avant réutilisation par une autre personne;
- Nettoyer l'espace entre chaque présence dans les salles communes.

11. Assurez-vous de mettre en place les consignes suivantes pour le nettoyage des lieux en maison de répit :

- Procéder au nettoyage quotidien à l'aide de l'application d'une solution javellisée et fraîchement préparée;
- Nettoyer quotidiennement les surfaces et les objets fréquemment touchés (ex. : poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier, lumières, comptoirs, lavabos, tables, chaises, etc.). Le faire également après la tenue d'une activité (ex. : activité repas);
- Nettoyer dès qu'il y a des souillures (ex. : crachats, fluides corporels, etc.) les surfaces et les objets contaminés;
- Procéder à un nettoyage de la chambre de la personne aidée lors de son départ de la maison de répit;
- Avoir des papiers-mouchoirs et des poubelles en quantité suffisante et qui sont vidées de façon régulière, prévoir un couvercle à celles-ci au besoin (ex. : si elles risquent d'être fouillées);
- Pour plus de détails, se référer aux consignes de santé publique sur les méthodes de nettoyage et de désinfection pour les milieux résidentiels et les lieux publics.

Émission : 09-11-2020

Mise à jour : 30-07-2021

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux

Québec 

Directive ministérielle

DGAPA-
013.REV3

- Catégorie(s) :
- ✓ Milieux de vie
 - ✓ Ressources intermédiaires
 - ✓ Ressources de type familial
 - ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections

Directives relatives aux ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF) **enfants, adultes et aînés** en lien avec la COVID-19

Remplace la directive émise le 26 mai 2021 (DGAPA-013.REV2)

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



Destinataire :	<ul style="list-style-type: none">- CISSS et CIUSSS<ul style="list-style-type: none">• Toutes les directions des programmes-services;• 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
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Directive	
Objet :	<p>Considérant la campagne de vaccination qui est toujours en cours dans les différents milieux de vie et au sein de la population générale ainsi que la situation épidémiologique actuelle, il est impératif de poursuivre l'application de toutes les mesures actuelles qui visent à limiter la propagation de la COVID-19.</p> <p>Cette mise à jour présente les mesures générales qui s'appliquent en tout temps en RI-RTF, peu importe le palier d'alerte en vigueur dans une région et ce, pour tous les programmes-services.</p> <p>Ainsi, la diffusion de ces directives permet de transmettre de nouvelles informations et des consignes pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) qui accueillent des personnes du programme-services, à savoir jeunes en difficulté, soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), santé mentale (SM), dépendance, déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de</p>

Émission : 09-11-2020

Mise à jour : 30-07-2021

2

	<p>l'autisme (TSA), enfants et adultes. Les présentes directives regroupent donc toutes les clientèles confiées en RI-RTF.</p> <p>Elles sont complémentaires à la directive "gradation des mesures dans les milieux de vie (DGAPA-001) "et à "la trajectoire d'admission d'un usager en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou en provenance de la communauté (DGAPA-005) accessibles au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/"</p>
Mesures à implanter :	<p>Les établissements et les RI-RTF doivent mettre en place et respecter les mesures en lien avec les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ La prévention et le contrôle des infections dans le milieu de vie;✓ Suivi clinique;✓ Visites, sorties et retour des usagers ;✓ Remplaçants et employés embauchés par les RI-RTF;✓ Déplacement de la main-d'œuvre;✓ Placement/ Déplacement/ Réintégration;✓ Les répités et les placements intermittents dans les RI-RTF;✓ Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF;✓ En présence d'un cas suspecté, en investigation ou confirmé en RI-RTF;✓ Transfert vers une zone tampon tiède ou chaude ou de soins spécialisés;✓ Réanimation cardiorespiratoire en contexte de pandémie;✓ Climatisation.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

Notes importantes : Les directives suivantes sont complémentaires aux directives s'appliquant à la population en général.

Pour des informations sur les mesures à adapter en fonction des paliers d'alerte, veuillez vous référer au document « COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte » disponible sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

Direction ou service ressource :	Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial guichetRIRTF@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	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

Original signé par
la sous-ministre adjointe
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive

Les différents types de ressources sont inclus dans le tableau **A COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte**, sous la directive DGAPA-001.

Le tableau qui concerne les RI-RTF **enfants**, adultes et aînés, est le suivant :

- **Tableau A : Directives applicables dans les CHSLD, les RI-RTF enfants et adultes, les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; les RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (enfants et adultes DP-DI-TSA); les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (enfant et adulte); centre de crise en santé mentale et RAC en santé mentale**

Conséquemment, les directives du présent document seront un complément du **tableau A** en plus de la trajectoire d'admission d'un usager en provenance d'un centre hospitalier ou d'un milieu de réadaptation ou en provenance de la communauté, DGAPA-005.

Plus particulièrement, en ce qui concerne le port du masque ainsi que la distanciation physique à respecter, il faut se référer à la directive *Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*, sous la directive DGAPA-001 au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>.

DIRECTIVES CONCERNANT LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL (RI-RTF)

La pandémie de la COVID-19 et les diverses consignes socio-sanitaires continuent de soulever plusieurs questions en lien avec le quotidien et les activités des usagers confiés en RI-RTF ainsi qu'avec les ententes collectives et nationales.

Étant donné le lien juridique de prestataire de services qui unit les ressources et les établissements de santé et de services sociaux, ceux-ci doivent collaborer afin d'assurer la continuité des services aux usagers en respect des lois, des règlements, des directives de santé publique et des pratiques reconnues. Ainsi, le présent document vise à communiquer des consignes et des renseignements importants et nécessaires pour assurer la protection des personnes hébergées en RI-RTF et toute autre personne résidant dans le même milieu de vie. Le tout, en favorisant le retour à une vie le plus normale possible à l'intérieur des balises émises par la Direction générale de la santé publique.

Les présentes directives sont requises afin d'optimiser la sécurité des usagers qui, selon leur condition médicale, sont plus à risque de développer des complications à la suite de la contamination à la COVID-19 et dont la prise en charge en soins aigus ou intensifs peut être plus complexe. De plus, les personnes qui ont des problèmes de communication, de compréhension de la situation ou de capacité à se protéger sont fragilisées par la situation entourant la COVID-19.

À titre de partenaires du réseau, une collaboration efficiente entre les établissements et les RI-RTF est nécessaire dans le contexte de la nouvelle normalité en lien avec la pandémie et des mesures additionnelles qui pourraient être applicables selon les différentes situations régionales.

État d'urgence sanitaire

Le gouvernement du Québec a adopté un décret d'état d'urgence sanitaire le 13 mars 2020, duquel découlent des mesures exceptionnelles pour protéger la santé de la population québécoise, notamment pour les personnes qui présentent les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 suivants:

- Personnes de 70 ans et plus;
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf ;
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf);
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

La prévention et contrôle des infections dans le milieu de vie

Étant donné que certaines clientèles confiées en RI-RTF sont plus à risque de développer des complications, l'établissement et les RI-RTF doivent s'assurer que les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) sont respectées par tous. À cet effet, une formation de « champions » PCI est offerte en priorité à certaines ressources ciblées. Les balises quant aux ressources visées, aux critères pour déterminer les personnes à être formées, de même que d'autres informations pertinentes en lien avec le déploiement de cette formation ont déjà été transmises aux établissements.

Responsabilité du responsable de la RI-RTF :

En lien avec la prévention et le contrôle des infections dans les milieux de vie, il est également de la responsabilité du responsable de la RI-RTF de s'assurer du respect des principaux éléments suivants :

- S'assurer quotidiennement de la surveillance active de la fièvre et de l'apparition de signes et symptômes typiques et atypiques gériatriques chez l'utilisateur (voir annexe 1);
- Adapter les moyens de communication aux caractéristiques de chaque clientèle;
- Faire respecter, par l'ensemble des personnes présentes dans la RI-RTF, par différents moyens de communication adaptés, les mesures de base applicables dans le milieu de vie en prévention et contrôle des infections (PCI), par exemple :
 - Afficher les consignes concernant le port du masque médical¹;

¹ Afin d'alléger le texte, un masque médical équivaut à un masque de qualité médical.

- Afficher les indications pour les visiteurs, les personnes proches aidantes, les nouveaux employés et les bénévoles, en fonction du palier d'alerte du territoire concerné;
- Prévoir l'accueil **des parents**, des visiteurs, des personnes proches aidantes, des nouveaux employés et des bénévoles pour notamment les **accompagner à l'arrivée** en vue de l'application des mesures de PCI requises;
- Prévoir des stations d'hygiène des mains à l'entrée et dans les entrées des aires communes, exemple la salle à manger, la salle d'activité, la buanderie, les ascenseurs, etc. ainsi que sur chaque étage de la ressource.

Les usagers doivent notamment :

- Faire une hygiène des mains souvent avec une solution hydroalcoolique ayant une concentration d'alcool éthylique ou isopropylique de 60 % et plus ou à l'eau tiède courante et au savon. Dans tous les cas, le temps de friction doit être au moins de 20 secondes;
- Se couvrir la bouche et le nez avec un mouchoir en papier ou le pli du coude ou de l'épaule afin de réduire la propagation des germes en cas de toux ou d'éternuement;
- Jeter un mouchoir en papier dès que possible après son utilisation et faire une hygiène des mains par la suite;
- Pour les RI de plus de 10 places :
 - Respecter les mesures de distanciation physique **recommandée** en tout temps entre les usagers, entre les employés/remplaçants et entre les employés/remplaçants et les usagers et toutes autres personnes présentes dans la ressource; sinon le port du masque est requis, **selon les consignes applicables**.
 - Respecter le concept de bulle, lorsqu'applicable (voir également l'annexe 6).
- Éviter de circuler d'une zone à l'autre, lorsqu'applicable;
- Porter l'équipement de protection individuel requis en fonction de la présence ou non, d'un usager en isolement préventif ou en isolement. Précision : À moins que l'utilisateur ne soit en isolement préventif ou en isolement, le port du masque médical et **la distanciation physique recommandée** ne sont pas requis pour les responsables de RI et de RTF qui partagent le même milieu de vie que les usagers. Ceci est également valable pour les services de soutien ou d'assistance à rendre à l'utilisateur.: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19>
- Éviter le contact direct pour les salutations, comme les poignées de main ou les accolades.

En plus de respecter les mesures applicables aux usagers, la ressource ainsi que son personnel ou ses remplaçants **compétents** doivent :

- Rappeler à l'utilisateur, l'obligation de porter le masque ou le couvre-visage lorsqu'il fait une sortie pour se rendre dans un lieu public fermé: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002709/> ;
- Contacter l'établissement avec lequel elles sont en entente afin de trouver une solution permettant de préserver l'intégrité des usagers, de la ressource ou d'autres personnes de la ressource (membres de la famille, employés), lorsque cette intégrité est menacée par certains usagers qui ne respectent pas les directives émises par la santé publique;

- Mettre en place des modalités adaptées de PCI, prévues par l'établissement responsable, pour le personnel et toute autre personne qui entre à l'intérieur de la ressource, le cas échéant;
- Réaliser la vigie de l'état de santé des employés/remplaçants des RI-RTF, lorsqu'elle y a recours, avant chaque quart de travail (par exemple, par l'instauration de la grille de surveillance des symptômes suivants : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19>) Prévoir les modalités pour la circulation fluide des informations entre le personnel/remplaçants **compétents** de la ressource, le cas échéant;
- Mettre en place des employés dédiés à une seule zone ou une seule ressource afin d'éviter qu'ils se déplacent d'une zone à l'autre notamment, dans les zones tièdes ou chaudes (voir l'arrêté ministériel **2021-017**).
- Identifier une infirmière de référence pour les RI-RTF dans les milieux de vie spécifiques aux personnes qui présentent les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19;
- Augmenter les mesures de prévention entre les différentes personnes qui offrent les services, à moins que cela ne soit essentiel à la prestation des soins et des services, tel que le déplacement d'un usager nécessitant deux personnes;
- **Les usagers considérés protégés peuvent utiliser en même temps l'ascenseur sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres et sans le port du masque de qualité médicale. Toutefois, une hygiène des mains est recommandée avant d'entrer dans l'ascenseur. Plusieurs usagers considérés non protégés ou partiellement protégés peuvent utiliser en même temps l'ascenseur sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres à condition que ceux-ci portent le masque de qualité médicale et qu'une hygiène des mains ait été effectuée avant d'entrer dans l'ascenseur;**
- L'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés, des surfaces fréquemment touchées à potentiel élevé de contamination dans les chambres (notamment les ridelles de lit, la cloche d'appel, les poignées de porte, etc.) et des aires communes (notamment, boutons d'ascenseurs, les poignées de porte, etc.) et des salles de bain communes doit être effectuée. Utiliser un produit homologué par Santé Canada et efficace contre le virus de la COVID-19. Ces équipements et surfaces doivent être nettoyés et désinfectés au moins une fois par jour (à augmenter selon l'achalandage, la situation épidémiologique ou lors d'éclosion). Désigner une personne pour cette tâche.

Vous trouverez des précisions relatives aux méthodes de désinfection, à partir du lien suivant :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3054-nettoyage-desinfection-surfaces-covid19>

- Dispenser les formations, notamment celles concernant la PCI pour les RI-RTF, leurs employés et leurs remplaçants **compétents** :
 - Faire la promotion de capsules d'information sur l'hygiène des mains et l'utilisation de l'équipement de protection individuelle ou dispenser la formation :
 - Voici le lien pour la formation qui porte sur l'hygiène des mains :
<https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html>
 - Voici celui pour la formation portant sur l'utilisation de l'équipement de protection personnel, d'une durée de 10 minutes : <https://vimeo.com/399025696>

- Rendre accessible le programme de formation sommaire élaboré avec la collaboration du professeur Philippe Voyer de l'Université Laval. Ce programme est disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA) et il vise à soutenir le personnel en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés;
- Consulter au besoin:
 - Les répondants RI-RTF de l'établissement avec lequel vous êtes en entente;
 - Le champion PCI de la ressource, si applicable;
 - La ligne spéciale COVID-19 (1 877 644-4545) pour tout questionnement sur la COVID-19 (autre que PCI) et l'outil d'autoévaluation;
 - Les informations à jour sur le site officiel du Gouvernement du Québec à partir du lien suivant :
<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/>
- Il est fortement recommandé de poursuivre les exercices d'évacuation dans les régions, peu importe le palier d'alerte en vigueur. Lors de ceux-ci, les mesures de prévention et contrôle des infections comme la distanciation physique recommandée entre les usagers et le port du masque médical ou couvre-visage (selon la directive applicable) doivent s'appliquer lorsque possible, et ce, surtout au lieu de rassemblement identifié par le milieu de vie en cas d'évacuation.

Suivi clinique

Les activités doivent s'appliquer dans le respect des mesures PCI décrites ci-haut, des directives de la santé publique, ainsi qu'en cohérence avec le tableau A de gradation des mesures prévu pour les RI-RTF (enfant et adulte).

À cet égard, les représentants de l'établissement doivent respecter les consignes de prévention et de contrôle des infections (voir annexe 4 - Mesures de protection individuelle à appliquer par les représentants de l'établissement lors de visites dans les RI-RTF (vigie ou autres visites prévues dans le cadre des responsabilités de l'établissement)).

Visites

Se référer aux mesures en vigueur à ce sujet présentées dans le tableau A de gradation des mesures.

L'accueil et l'accompagnement des parents, visiteurs, des personnes proches aidantes, du personnel ou autres personnes ayant accès à la ressource sont nécessaires pour valider l'absence de critères d'exclusion et pour accompagner à l'arrivée en vue de l'application des mesures de PCI requises. Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Personnes infectées par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui ne sont pas considérées comme rétablies;
- Personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
- Personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada depuis 14 jours et moins, ou selon les indications du gouvernement fédéral en lien avec les mesures d'isolement au retour d'un voyage;

- Personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par une autorité de santé publique².

Pour tous les types de ressource, toute personne ayant accès à la résidence, dont les enfants (sauf pour les bambins de 2 ans et moins), doit porter les ÉPI requis dont un masque de qualité médicale ou un couvre-visage. Tout comme pour la population générale, un nombre maximal de personnes (personnes proches aidantes et visiteurs) est établi, selon le palier d'alerte en vigueur dans la région concernée. Conséquemment, en RI-RTF il doit être tenu au nombre de total de visiteurs qui sont présents dans la ressource, incluant les visiteurs du répondant. Par ailleurs, étant donné que pour certaines RI-RTF le responsable de la ressource partage le milieu de vie avec les usagers, il est attendu que des aménagements soient mis en place pour permettre aussi les visites dans ces ressources.

Peu importe le programme-services ou la présence d'éclosion ou non, les visites qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par l'état de santé de l'utilisateur sont autorisées. Lors de ces visites, la personne effectuant une visite auprès d'un usager qui est suspecté ou infecté par la COVID-19 ou qui est sur un étage où se trouvent des personnes infectées, doit porter l'équipement de protection individuelle complet (selon les directives en vigueur) dès son entrée dans la chambre de l'utilisateur.

Précisions pour les ressources qui ne partagent pas leur lieu principal de résidence avec les usagers :

Ces ressources doivent tenir obligatoirement un registre pour la gestion des entrées et des sorties pour le personnel régulier afin de faciliter la recherche de contacts en cas d'éclosion, entre le personnel et les usagers. De plus, pour les visiteurs, les personnes proches aidantes, le personnel non régulier du milieu offrant des soins et des services, le personnel embauché par la famille ou les bénévoles, ce registre est également obligatoire et doit de plus inclure les coordonnées de la personne afin que celle-ci puisse rapidement être contactée par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placée en isolement préventif si cela est requis. Les ressources ayant plusieurs portes d'accès doivent identifier une ou deux portes par lesquelles les visiteurs peuvent circuler et s'assurer que les autres portes sont fermées.

Un registre doit toutefois être disposé à chaque porte d'accès utilisée par les usagers.

Activités et services offerts par la ressource

- Il est nécessaire d'adapter les activités proposées afin de respecter les consignes sanitaires en vigueur, notamment la distanciation physique recommandée. Toutefois, pour les paliers d'alerte orange et rouge, les activités de loisirs impliquant un partage de matériel (ex. : cartes à jouer, billard, jeux de poches, livre à la bibliothèque) des précisions sont apportées au tableau gradation des mesures.

² Se référer au document de l'INSPQ sur la gestion des cas et des contacts au lien suivant : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

- Il est recommandé de poursuivre les actions afin de prévenir le déconditionnement. Pour ce faire, se référer :
 - au tableau de gradation des mesures;
 - aux directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie, disponibles sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>;
 - aux directives pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë en contexte de pandémie, disponibles sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

Sorties des usagers

Se référer aux mesures en vigueur à ce sujet présentées dans le tableau de gradation des mesures.

Rappelons que la nécessité ou non de superviser ou d'accompagner l'utilisateur lors d'une sortie est déterminée à l'Instrument de détermination et de classification de chaque usager ou, si cela est justifié, se référer au jugement clinique du professionnel de l'établissement responsable du suivi de l'utilisateur. Évidemment pour une sortie sans supervision, la personne doit être consciente du risque encouru associé à la contamination communautaire de la COVID-19. Elle doit aussi être en mesure de respecter les directives de la santé publique, notamment l'hygiène des mains, le port du couvre-visage ou du masque médical et la distanciation physique **recommandée**.

Dans le cadre d'un séjour temporaire d'un usager chez les membres de sa famille et ce, peu importe la durée, se référer au tableau de gradation des mesures ainsi qu'à la directive sur la trajectoire DGAPA-005. Si des besoins importants de services de soutien à domicile s'avèrent nécessaires, l'établissement pourrait refuser la sortie de la personne dans l'intérêt de sa sécurité compte tenu de la limite de capacité actuelle des équipes de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie. **Par ailleurs, la personne qui accueillera l'utilisateur pendant sa sortie doit s'engager à mettre en place des mesures de prévention adaptées aux caractéristiques de ce dernier, du milieu et aux modalités de la sortie (ex.: sortie d'une heure ou avec coucher).**

Il est de la responsabilité de l'établissement d'informer la personne qui reçoit l'utilisateur des mesures sanitaires générales, en plus de celles associées au contexte de la sortie.

La personne qui reçoit l'utilisateur doit contacter l'établissement s'il constate que celui-ci présente des symptômes de la COVID-19 au cours de la sortie. Il est aussi attendu que l'intervenant de l'établissement questionne le responsable du milieu sur l'état du déroulement de la sortie pour déterminer si des mesures particulières doivent être prises au retour de l'utilisateur dans la RI-RTF.

Retour de sortie

En plus de se référer à la directive sur **la** trajectoire, il est recommandé de favoriser, lors du retour de la personne, à la suite d'une sortie ou d'un séjour de courte ou de longue durée si celle-ci est permise :

- L'hygiène des mains systématique;
- Le changement de vêtements, le nettoyage des bagages et le lavage des vêtements qui ont servi lors de la sortie ou une quarantaine de 24 h pourraient être une alternative;
- Le lavage des appareils électroniques (cellulaire, tablette, etc.) avec des lingettes désinfectantes;

- La poursuite de la surveillance active de l'apparition de symptômes reliés à la COVID-19 : fièvre et d'autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers au moins une fois par jour pendant 14 jours;
- En cas d'apparition de symptômes, un appel doit être fait à l'établissement.

Remplaçants compétents et employés embauchés par les RI-RTF

Pour les consignes concernant le port des ÉPI dans les zones froides, tièdes et chaudes, pour les employés, remplaçants compétents et autres prestataires de services, se référer aux indications de la CNESST :

<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/coronavirus-covid-19/mesures-prevention-palier-alerte>

Suivre les recommandations produites par l'INSPQ sur :

- L'isolement et la levée de l'isolement des travailleurs de la santé en lien avec la COVID-19 :

Suivre la directive du MSSS <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003021/> et les recommandations produites par l'INSPQ sur l'isolement et la levée de l'isolement des travailleurs de la santé en lien avec la COVID-19 : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

- L'évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-evaluation-risque-travailleurs-covid19>

Si des enjeux de main-d'œuvre sont rencontrés, les ressources peuvent communiquer avec la ou les personnes identifiées par l'établissement avec lequel elles ont une entente, pour obtenir du soutien.

Déplacement de la main-d'œuvre

L'arrêté ministériel 2021-017 traite notamment de la mobilité du prestataire de services (ou de son personnel entre des zones distinctes, plus spécifiquement entre deux milieux de travail distincts. Le prestataire de services est toute personne qui fournit notamment à une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial, dans le cadre d'un contrat de services, incluant un contrat de location de personnel, une prestation de services. Cet arrêté précise principalement qu'une personne qui œuvre dans une zone chaude ne peut œuvrer dans une zone froide. Conséquemment, à partir du moment où une personne a œuvré en zone chaude, elle ne peut plus retourner rendre des services aux usagers en zone froide.

Ce principe s'applique autant entre les différentes ressources d'un même responsable que d'une zone à l'autre dans une même ressource. Dès qu'un prestataire de services, entre en zone chaude, l'interdiction de retourner en zone froide s'applique, et ce, pour toute la durée de l'arrêté.

Pour les RI-RTF et les établissements, un formulaire est disponible (voir l'annexe 5) afin d'obtenir la déclaration d'un employé ou d'un remplaçant compétent, relativement à son travail dans les quatorze jours précédents son affectation. La ressource doit donc faire remplir cette déclaration, avant d'utiliser les services d'un remplaçant compétent ou l'embauche d'un nouvel employé qui est ciblé pour travailler en zone froide. Le même formulaire doit être utilisé pour le personnel provenant d'une agence. Une collaboration et un arrimage efficient sont donc essentiels entre l'établissement et la ressource pour s'assurer du respect des consignes relativement aux zones.

Notons qu'une personne prestataire de services pourrait œuvrer dans deux zones chaudes, mais ne peut œuvrer dans des zones chaudes et froides.

Il est recommandé, dans la mesure du possible, de ne pas déplacer vers les zones chaudes les personnes salariées de l'établissement pour ensuite les remplacer par du personnel provenant d'agences en zone froide. Dans un tel cas, il est recommandé de valider au préalable l'historique de travail du prestataire de services pour s'assurer que la personne puisse y travailler en toute conformité avec l'arrêté.

Placement / Déplacement / Réintégration

Même en temps de crise, les obligations de chacune des parties, notamment prévues dans les ententes collectives et nationales, demeurent celles applicables et doivent gouverner les actions de tous. Ainsi, le refus de placement demeure une situation exceptionnelle et la présente pandémie n'est pas un motif permettant de justifier un refus systématique. Les circonstances actuelles requièrent de la flexibilité de toutes les parties et c'est le sens qu'il faut donner aux mots utilisés. L'établissement doit considérer, dans son analyse, le fait que les signataires à l'entente de même que de toute personne qui réside dans la résidence principale d'une ressource présentent des facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 (facteurs édictés en page 2, dans la section « État d'urgence sanitaire » du présent document).

Nous souhaitons que les parties agissent dans le meilleur intérêt de tous et sommes convaincus que la collaboration et la communication sont primordiales dans ce contexte de pandémie.

Dans le cas d'une réintégration, une évaluation du risque associée aux conditions dans lesquelles s'est déroulé le séjour de l'usager dans la communauté est toujours requise et les mesures préventives doivent être adaptées à la situation, le cas échéant.

Toutefois, il est toujours interdit d'intégrer un nouvel usager suspecté ou confirmé à la COVID-19 dans une RI-RTF qui n'a pas déjà des cas de COVID-19. Dans de rares exceptions, si la RI-RTF donne son accord, qu'elle est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'elle possède les ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer cette ressource.

Placement d'urgence pour la clientèle jeunesse

Les placements d'urgence et les placements provisoires sont considérés comme des services essentiels. Conséquemment, ces types de placements doivent être maintenus, peu importe le palier d'alerte de la région.

Les répits et les placements intermittents dans les RI-RTF

Se référer au tableau *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers*

Soins palliatifs et de fin de vie

Se référer aux directives en vigueur disponibles sur le site Web du MSSS : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF

Révision annuelle de la classification en période de pandémie de la COVID-19

En vertu du Règlement sur la classification, l'Instrument doit être révisé par l'établissement au moins une fois par année (ou au moins tous les six mois pour les usagers de 2 ans et moins). La révision annuelle de la classification pourrait être une activité que l'établissement fait le choix de déléster **exceptionnellement** dans le contexte pandémique actuel, lorsqu'il juge qu'il n'y a pas de changement dans la condition de l'utilisateur nécessitant une modification aux services devant être offerts par la ressource ou aux précisions reliées à ces services.

En conséquence, l'établissement doit s'assurer qu'au moment prévu de la révision annuelle, il n'y a pas de changement significatif à la condition de l'utilisateur impliquant une révision de l'Instrument. À cet effet, une vérification devra être réalisée auprès de l'intervenant au suivi professionnel de l'utilisateur.

Complétion de l'Instrument lors d'un nouveau placement

Dans le contexte actuel, il est nécessaire de respecter l'article 6 du Règlement qui prévoit que l'Instrument doit être complété et signé par la personne désignée par l'établissement puis remis à la ressource, qui en accuse alors réception, au plus tard 1 mois après l'arrivée du nouvel usager dans la ressource ou, dans le cas d'un enfant pris en charge par un établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, au plus tard 2 mois après son arrivée.

Complétion de l'Instrument lors d'un changement de condition

Le Règlement prévoit une révision de l'Instrument lors d'un changement de condition de l'utilisateur nécessitant une modification aux services devant être offerts par la ressource à cet usager. **Il est attendu que cette responsabilité de l'établissement soit actualisée avec diligence et efficacité considérant qu'il s'agit d'une révision et non de la mise en place de l'ensemble des services devant être offert par la ressource à l'utilisateur confié.**

En présence d'un cas suspecté, en investigation ou confirmé en RI-RTF :

1. Mettre les mesures de précautions additionnelles en place;
2. Aviser immédiatement l'établissement;
3. Informer l'établissement du niveau de soins, si connu;
4. L'établissement avise les proches ou le représentant légal, public ou privé, de la situation de l'utilisateur;
5. Lorsqu'un isolement devient requis, il est attendu qu'un échange au préalable soit réalisé avec l'établissement, sur les différentes possibilités associées à l'environnement physique et à l'organisation de services, qui permettraient d'assurer la sécurité et la protection des usagers qui leur sont confiés. La chambre de l'utilisateur pourra être considérée comme une zone tiède ou chaude (tout dépendant de la situation).

Lorsque l'un ou l'autre des responsables, l'un des membres de sa famille et/ou l'utilisateur sont suspectés, en investigation ou confirmé à la COVID-19, la personne (l'un ou l'autre des responsables ou l'un des membres de sa famille et/ou l'utilisateur) demeurera dans la RI-RTF si :

- La personne est autonome pour s'occuper d'elle-même et est en mesure de se conformer aux directives et qu'elle :
 - Vit seule dans son appartement supervisé et peut s'y isoler (repas à l'appartement);
 - Vit dans une chambre individuelle et peut s'y isoler (repas à la chambre); avec un accès à une salle de bain exclusive;
 - Vit avec d'autres personnes, mais a une chambre individuelle et peut s'y isoler (repas à la chambre avec un accès à une salle de bain exclusive).
 - Advenant que la personne n'ait pas accès à une salle de bain exclusive, c'est-à-dire que la salle de bain est partagée avec une ou plusieurs personnes, il est possible de maintenir cette personne en isolement dans la RI-RTF en appliquant les mesures suivantes :
 - La personne sous investigation doit se déplacer entre sa chambre et la salle de bain en portant un masque médical;
 - L'hygiène des mains doit être pratiquée avant de sortir de la chambre et tout de suite après avoir utilisé la toilette;
 - La poignée de la porte, la chasse d'eau et le robinet doivent être désinfectés après l'utilisation de la toilette;
 - Le recours à une chaise d'aisance dans la chambre individuelle de la personne pourrait être possible, si l'autonomie de la personne le permet et que la désinfection est assurée.
6. Toute décision dans l'application des mesures d'isolement doit tenir compte des caractéristiques de la personne, de sa situation psychosociale et de son environnement (incluant les autres personnes qui y résident, dont les responsables de la RI-RTF). Bien que le bien-être collectif prime sur celui individuel en cette période de pandémie, l'intégrité psychologique et physique de la personne isolée doit également être préservée, afin de prévenir un risque de désorganisation de celle-ci. À cet effet, il est souhaitable d'encourager, autant que possible, la participation de la personne présentant, notamment un trouble de la santé mentale, dans la recherche de compromis entre ses besoins et les directives de la santé publique à l'égard de la prévention de la propagation de la COVID-19. D'autres personnes, par exemple présentant un trouble neurocognitif majeur, nécessitent la mise en place de mesures additionnelles assurant la préservation de leur intégrité psychologique et physique (pour plus de détails, se référer à la section mesures d'adaptation à prendre lors de l'isolement dans le contexte de la pandémie à la COVID-19).
7. Toutefois, l'établissement demandera un transfert vers un milieu de confinement (nommé zone chaude ou zone tiède selon les modalités mises en place dans les établissements), situé dans un lieu préalablement déterminé, pour toute la durée de la période d'isolement, malgré la mise en place de mesures adaptées à ces clientèles, si une de ces conditions n'est pas rencontrée :
- La personne n'est pas autonome pour s'occuper d'elle;
 - La personne n'est pas en mesure de se conformer de façon stricte aux consignes d'isolement à la chambre (par exemple, en présence de troubles neurocognitifs ou d'un trouble d'opposition);
 - La ressource/le personnel n'a pas accès à des équipements de protection individuelle (ÉPI) pour offrir les services en toute sécurité.

Si transfert vers zone tampon ou de soins spécialisés :

Privilégier le transport adapté en premier lieu, si des équipements de protection sont disponibles pour le transporteur. Dans la négative ou si la condition de la personne se dégrade, utiliser un transport ambulancier et les informer du statut de l'utilisateur, si connu.

Deux cas de figure peuvent s'appliquer :

- L'utilisateur doit être transféré vers une zone tampon, se référer aux directives ministérielles sur le sujet.
- L'utilisateur doit être transféré vers un centre hospitalier (soins aigus ou soins intensifs) :
 - Requiert une évaluation médicale préalable au transfert en centre hospitalier;
 - Pour les personnes ayant un niveau de soins A et B (prolongement de la vie y compris soins spécialisés, intubation et assistance ventilatoire).

Mesures d'adaptation à prendre lors de l'isolement dans le contexte de la pandémie à la COVID-19

En contexte de pandémie à la COVID-19, les mesures sanitaires mises en place pour limiter la propagation du virus et protéger la population (ex. : distanciation physique, isolement) sont essentielles et permettent de sauver des vies. Cependant, elles modifient grandement les habitudes de vie et ont des effets indésirables sur le niveau d'activité physique, la nutrition et la santé mentale.

En effet, certains usagers sont plus à risque de ressentir les effets de cette période prolongée d'inactivité physique et d'isolement et donc de subir les effets délétères du déconditionnement mental, cognitif et physique.

En considérant différents enjeux éthiques (vulnérabilité et enjeu de protection, diminution des risques de propagation et solidarisation dans la gestion du risque, menaces à l'intégrité et à la dignité des usagers), les impacts sur les intervenants et les gestionnaires, la perspective des usagers hébergés ou confiés et de leurs parents et proches, ainsi que plusieurs aspects juridiques lorsque l'isolement est requis, des mesures d'adaptation permettant la réduction de ces impacts sont nécessaires. Ces mesures doivent également être sécuritaires à la fois pour l'utilisateur, les intervenants et l'ensemble du milieu de vie.

L'objectif des mesures d'adaptation lors d'un isolement d'un usager est de préserver l'autonomie de celui-ci et d'éviter un déconditionnement mental, cognitif et physique qui serait accentué par l'isolement à la chambre. Elles visent également à maintenir la qualité de vie des usagers en période de pandémie tout en s'assurant de prévenir et de contrôler la transmission de la COVID-19 dans le milieu de vie.

Selon la situation de l'utilisateur³, les mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement varient. Par exemple, lorsqu'un usager est positif à la COVID-19 ou lorsqu'il est symptomatique et en attente d'un test de dépistage, des actions préventives du déconditionnement doivent être effectuées à l'intérieur de la chambre avec un accompagnement individualisé. La fréquence doit être déterminée selon le jugement clinique afin d'éviter le

³ Pour les situations suivantes, les consignes en lien avec l'isolement pourraient être amenées à évoluer selon la situation épidémiologique. En plus des indications concernant l'isolement présentées dans la présente directive, il faut également se référer à la Directive sur les trajectoires (DGAPA-005) pour connaître les situations où il est requis de faire une période d'isolement lors d'une intégration ou d'un retour dans une RI-RTF.

déconditionnement. Une personne proche aidante (PPA)⁴ peut contribuer pour effectuer ce type d'activité visant à prévenir le déconditionnement.

Dans d'autres circonstances, en plus d'effectuer des actions préventives du déconditionnement à l'intérieur de la chambre, des mesures additionnelles d'adaptation à l'isolement doivent être mises en place. La fréquence doit être déterminée selon le jugement clinique afin d'éviter le déconditionnement.

Par exemple, l'isolement « autour de l'utilisateur » consiste à permettre à l'utilisateur de sortir de sa chambre à des moments clés liés à ses routines (ex.: sortie extérieure, prise de repas à la salle à manger après les autres usagers, activité) lors desquels les autres usagers ne sont pas présents dans les aires communes. Ceci implique de fournir un accompagnement individualisé pour effectuer des actions préventives du déconditionnement, par exemple, les marches à l'extérieur de la chambre.

Ainsi, les **balises suivantes** doivent encadrer la sortie des usagers en isolement :

- Faire des sorties en accord avec l'équipe PCI locale ou la santé publique;
- Faire des sorties à tour de rôle, un usager à la fois, sauf pour les sorties à l'extérieur car la capacité d'accueil du terrain pourrait permettre de sortir plus d'un usager;
- Accompagner l'utilisateur lors de la sortie de la chambre soit par un employé, une personne proche aidante ou un bénévole (selon les indications de la directive sur la gradation des mesures);
- Limiter les sorties à une courte période dans un endroit dédié à cette fin ou à l'extérieur sur le terrain du milieu de vie;
- Respect strict de la distanciation physique **recommandée** entre l'utilisateur (incluant la personne qui l'accompagne) et les autres personnes;
- Faire l'hygiène des mains de l'utilisateur avant de sortir de la chambre et plus souvent au besoin;
- L'utilisateur doit obligatoirement porter un masque de qualité médicale lors de la sortie de la chambre;
- Nettoyage et désinfection de toutes les surfaces touchées après la sortie. Ainsi, un arrimage avec les services techniques lorsque nécessaire afin de s'assurer que la désinfection des surfaces fréquemment touchées s'effectue au moment adéquat suivant les sorties de la chambre.

Une PPA peut contribuer pour effectuer ce type d'activité visant à prévenir le déconditionnement.

L'application de ces mesures d'adaptation n'est pas un motif pour recourir à un isolement en zone tampon (dans un SNT ou à l'extérieur du milieu de vie) qui doit être considérée comme la solution de dernier recours.

Les mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement s'inscrivent en complémentarité avec la directive pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie – DGAPA-010 et la directive pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme

⁴ La personnes proche aidante doit avoir été autorisée par le milieu. De plus, une évaluation confirmant la conformité des comportements de la PPA dans l'application des règles PCI devra être faite par le milieu avant l'autorisation.

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-008.REV1.

Critères de rétablissement

Pour que l'utilisateur soit considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë ou 21 jours pour les usagers ayant été admis aux soins intensifs et 28 jours pour les usagers sous corticostéroïdes ou immunosupprimés pour lever les mesures d'isolement, et ce, pourvu que la personne réponde aux critères cliniques, déjà recommandés pour la levée des mesures d'isolement, soit 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétique) et amélioration des symptômes depuis au moins 24 heures (excluant la toux, l'anosmie et l'agueusie résiduelles). Pour plus de détails, se référer au document produit par l'INSPQ, plus spécifiquement au tableau 7 du lien suivant : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2902-mesures-gestion-cas-contacts-communaute.pdf>

Réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte de la pandémie

Pour cette section, nous vous référons aux directives du *protocole de réanimation simplifié du COVID-19* (voir annexe 3) mises à jour le 29 mai 2020, qui est applicable à l'ensemble des milieux de soins et d'hébergement hors des hôpitaux dont les RI-RTF. En ce qui a trait à ces dernières ressources, certaines particularités s'imposent compte tenu, entre autres, de leur spécificité organisationnelle, par exemple :

- Le responsable de la ressource n'a pas l'obligation de tenir une discussion à propos de la volonté de l'utilisateur à l'égard de certains soins. Il n'est pas tenu non plus de déterminer si l'utilisateur est apte à exprimer une telle volonté;
- Un usager qui souhaite discuter de sa volonté en cas d'arrêt cardiorespiratoire doit être orienté vers son médecin ou un autre professionnel de la santé impliqué dans le suivi de sa situation, qui pourra amorcer la discussion avec lui;
- Lorsqu'un niveau de soins ou une autre forme de volonté (ex. : directives médicales anticipées ou DMA) est connu et déposé au dossier du résident dans l'établissement, celui-ci doit être communiqué au responsable de la ressource, avec le consentement de l'utilisateur ou son représentant. Pour ce faire, l'utilisation d'un formulaire reconnu, tel que le formulaire Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire, est suggérée.

Un arrimage et une bonne trajectoire de communication entre les ressources et l'établissement sont indispensables dans la mise en œuvre de la RCR dans le contexte du COVID-19. À cet effet, il est primordial pour les établissements de bien renseigner les ressources sur la présence de volontés concernant la réanimation cardiorespiratoire et leurs responsabilités respectives associées. De plus, les établissements devront soutenir activement les ressources afin que le matériel requis soit présent dans ces milieux.

La volonté connue d'une personne de ne pas être réanimée doit être respectée. Toutefois, dans le doute, les manœuvres de réanimation doivent être tentées.

Pour en connaître davantage sur les niveaux de soins et la RCR dans le contexte de COVID-19, une vidéo est disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=rQUMg7x52kU>.

Climatisation

En l'absence de données probantes et à la lumière de la littérature consultée par l'INSPO, la décision d'utiliser des appareils de climatisation dans la chambre et sur une unité où des usagers sont hébergés et suspectés ou confirmés d'être atteints de la COVID-19 doit être soumise localement à une évaluation du risque pour déterminer si les avantages dépassent les désavantages de l'utilisation de ces appareils. Les bénéfices du confort versus la sécurité des usagers et du personnel doivent être étroitement analysés et un environnement sécuritaire et confortable doit être assuré.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3034>

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3011-climatiseurs-mobiles-ventilateurs-milieux-soin-covid19>

Références utiles

Site Web de Québec.ca

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383>

Sites Web du ministère de la Santé et des Services sociaux :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002490/>

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-207-01W.pdf>

Autres sites :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2997-soins-esthetiques-covid19>

<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/Pages/index.aspx>

<http://www.education.gouv.qc.ca/coronavirus/>

ANNEXE 1 : Symptômes de la COVID-19

OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ L'USAGER À RAPPORTER À L'ÉTABLISSEMENT**Symptômes typiques de la COVID-19****Un symptôme ou plus parmi les suivants (symptômes du groupe A)**

- ✓ Fièvre;
ou
- ✓ Toux (récente ou chronique exacerbée);
ou
- ✓ Difficulté respiratoire;
ou
- ✓ Anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie.
- ✓ Deux critères ou plus parmi les suivants (symptômes du groupe B) : Un symptôme général parmi les suivants : douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense, perte d'appétit importante;
- ✓ Un symptôme ORL : Mal de gorge;
- ✓ Un symptôme gastro-intestinal : Diarrhée, nausée, vomissement.

Symptômes atypiques gériatriques possibles

- ✓ Changement soudain de l'état mental
 - Plus confus
 - Plus somnolent
 - « On ne le reconnaît plus »
 - Ne sait plus comment utiliser ses affaires
- ✓ Perte d'autonomie
 - Chute
 - Incontinence nouvelle
 - N'est plus capable de participer aux soins comme avant
- ✓ Changement de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement existant)
 - Agité
 - Pas comme d'habitude
 - Perturbation du sommeil
 - Agressivité/irritabilité
 - Perte d'appétit

ANNEXE 2 :

Coronavirus COVID-19

PROTOCOLE DE RÉANIMATION SIMPLIFIÉ DE LA COVID-19

Mise à jour 29 mai 2020

à l'intention des milieux de vie et de soins
prenant en charge des usagers hors des hôpitaux

Objectif et clientèle visée par le protocole

Le présent protocole a été créé pour uniformiser la réanimation cardiorespiratoire dans le contexte pandémique dans tous les milieux de soins prenant en charge des usagers non pédiatriques hors des hôpitaux avec soins physiques aigus. Cela inclut les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les cliniques médicales, les résidences privées pour aînés, les cliniques désignées d'évaluation, les unités de psychiatrie, les centres de réadaptation et de convalescence et tout autre milieu de soins.

Ce protocole ne s'applique pas au milieu de travail, de garde, scolaire ou à la maison.

Principes directeurs

- La transmission communautaire est le principal moyen de transmission de la COVID-19 en province.
- Certaines manœuvres de réanimation cardiaque sont considérées à risque de générer des aérosols, notamment la ventilation et l'intubation.
- Toute personne en arrêt cardiorespiratoire (ACR) devrait être considérée comme une personne potentiellement à risque de transmettre l'infection.
- La protection des intervenants et des travailleurs de la santé est la priorité en temps de pandémie. Les équipements de protection individuelle (ÉPI) adéquats doivent être vêtus par le premier intervenant avant de commencer les manœuvres.
- La défibrillation et le massage cardiaque devraient être réalisés indépendamment du risque d'infection du patient à la COVID-19, puisque ces manœuvres sont moins à risque de produire des aérosols.
- La gestion des voies aériennes définitives et la gestion de la ventilation doivent se faire par une personne expérimentée (par exemple : médecin ou technicien ambulancier paramédic (TAP)) et équipée d'un ÉPI optimal de type aérienne-contact qui inclut le port du masque N95 en plus de protection oculaire, blouse et gants.

... 2

Étapes à suivre en présence d'une personne qui fait un ACR :

1. Demander de l'aide.
2. Appeler le 911; mentionner si l'urgence se trouve en zone chaude ou froide, le cas échéant.
3. Indiquer à un collègue de vérifier le dossier de la personne en ACR si un niveau d'intervention médical (NIM) est déterminé, le cas échéant;
 - Les intervenants ont une OBLIGATION de respecter les volontés de la victime d'un ACR si ses volontés sont connues.
4. Sortir le chariot de code et/ou le défibrillateur :
 - S'il n'y a pas de défibrillateur disponible, le répartiteur d'urgence pourra vous aider à trouver le défibrillateur le plus proche.
5. Porter des gants, un masque de procédure, une blouse et une protection oculaire. La blouse n'est pas une obligation pour porter secours à une personne, quoique recommandée.
6. Mettre un masque de procédure au patient. Si un masque n'est pas à la portée de l'intervenant, celui-ci peut mettre un linge ou un vêtement pour couvrir la bouche et le nez du patient.
 - Si disponible, un masque à oxygène haute concentration peut être placé sur le visage de la victime au lieu du masque de procédure et ainsi fournir une oxygénation passive.
7. Commencer les compressions thoraciques immédiatement s'il y a un délai avant l'arrivée du défibrillateur.
8. Installer les électrodes de défibrillation sur la personne. Si les chocs sont recommandés, procéder à la défibrillation en suivant les indications du défibrillateur.
9. Commencer ou poursuivre les compressions thoraciques, et si utilisé, suivre les indications du défibrillateur jusqu'à l'arrivée des secours.
10. La ventilation active avec un ballon de ventilation peut être considérée :
 - Si l'équipement est disponible;
 - Si un masque N95 est disponible pour les intervenants (deux intervenants nécessaires);
 - Si les intervenants se considèrent expérimentés pour la ventilation au ballon masque.

ANNEXE 3 - Mesures de prévention et de protection individuelle à appliquer par les représentants de l'établissement lors de visites dans les RI-RTF (vigie ou autres visites nécessaires dans le cadre des responsabilités de l'établissement) :

Le représentant de l'établissement devra s'assurer du respect des consignes suivantes :

- Ne présenter aucun symptôme lié à la COVID-19 tel que la toux, la faiblesse généralisée, la perte de l'odorat subit sans congestion nasale avec ou sans perte de goût, les céphalées, la fièvre/frissons, des douleurs (musculaire, thoracique, abdominale ou articulaire), de la fièvre, de l'écoulement nasal, des maux de gorge, de la diarrhée, de la dyspnée, des nausées ou vomissements;
- Ne pas être sous consigne d'isolement par une autorité de la santé publique;
- Personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
- Personnes exposées à une personne symptomatique vivant au même domicile et dont celle-ci est en attente d'un résultat de test et considérée comme une personne sous investigation (PSI)⁵;
- Personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas confirmé en attendant des résultats⁵;
- Dans les régions où il serait possible de le faire, si vous avez plus d'une visite à réaliser, visiter en premier les RI-RTF qui ne sont pas en éclosion de COVID-19 pour terminer par les milieux en éclosion;
- Dans le cas où un intervenant à plus d'une visite de ressources à faire dans la même journée, il devra porter l'ÉPI nécessaire en fonction de la situation épidémiologique, dès son arrivée dans les ressources;
- Si la ressource est composée de différentes unités, ces dernières devraient être visitées dans la chronologie suivante : débuter par la zone froide, suivi des zones tièdes et terminer par les zones chaudes;
- Les visites dans les chambres des usagers devraient être limitées le plus possible;
- Respecter une hygiène des mains stricte à fréquence régulière, en particulier lors de l'arrivée et de la sortie, de même que lors de l'entrée et la sortie d'une chambre ou d'un lieu de rencontre;
- Respecter une distance recommandée et porter un masque médical ou autre selon les directives en vigueur: autant par rapport aux usagers, aux responsables de la ressource, qu'aux employés et aux autres personnes vivant dans la ressource.

⁵ Se référer au document de l'INSPQ sur la gestion des cas et des contacts au lien suivant : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Si le représentant de l'établissement ou personne responsable de la ressource doit rentrer dans la chambre d'un usager atteint de la COVID-19, il devra respecter rigoureusement les recommandations de l'INSPQ telles que définies aux directives :

- **Mesures pour la gestion de cas et des contacts dans les CHSLD : recommandations intérimaires**
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19>;
- **Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile**
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2917-mesures-travailleurs-sante-soins-domicile-covid19.pdf>.
<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/guide-covid-19-hebergement-soins-personnes-agees>

S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps, indépendamment que le milieu soit une RI ou une RTF.

Si le port d'une protection oculaire est requise, elle doit être conservée par les RI-RTF et désinfectée s'il s'agit d'une protection oculaire à usage multiple.

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2956-choix-protection-oculaire-covid19.pdf>

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-usage-unique-covid19.pdf>

ANNEXE 4 - FORMULAIRE DE DÉCLARATION - MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

SOURCE : Prestataire de services Agence de placement de personnel

La déclaration obligatoire vise les personnes suivantes et les situations suivantes :

- *toute personne qui fournit à un établissement de santé et de services sociaux, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial ou une résidence privée pour aînés une prestation de services dans le cadre d'un contrat de services, incluant un contrat de location de personnel, une prestation de services correspondant aux tâches du personnel visé par un des titres d'emploi visés et prévus à la Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux (prestataire de services);*
- *les agences de placement de personnel ou autre personne morale dont les services consistent en la location de personnel souhaitant offrir les services d'un prestataire de services à un établissement de santé et de services sociaux, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial ou une résidence privée pour aînés;*
- *lorsque l'affectation du prestataire de services est requise en « zone froide ». Si l'affectation du prestataire de services se situe dans une « zone chaude », la complétion du formulaire de déclaration n'est pas nécessaire.*

Les renseignements visés par la déclaration sont les suivants :

- *la liste des endroits où le prestataire de services visé a travaillé au cours des quatorze (14) jours précédant son affectation;*
- *la déclaration d'avoir travaillé en « zone chaude » au cours des quatorze (14) jours précédant l'affectation du prestataire de services, c'est-à-dire avoir été en contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test.*

Section à compléter par le prestataire de services	
Identification	Prénom et nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Titre d'emploi occupé : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Section à compléter par l'agence de placement de personnel	
Identification de l'agence	Nom de l'agence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Désignation de la personne signataire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de contrat, s'il y a lieu : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Identification du prestataire de services	Prénom et nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Titre d'emploi occupé par le prestataire de services : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Historique de travail <i>(au cours des quatorze (14) jours précédant l'affectation)</i>	
Endroit 1	<p>Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés <i>(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)</i> : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
Endroit 2	<p>Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés <i>(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)</i> : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
Endroit 3	<p>Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés <i>(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)</i> : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
Endroit 4	<p>Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés <i>(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)</i> : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
Endroit 5	<p>Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés <i>(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)</i> : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Date : _____

Signature du déclarant : _____

Annexe 5- Concept de bulle

CONCEPT DE BULLE

L'**objectif** de l'application du concept de bulle est de maintenir la qualité de vie des usagers en période de pandémie tout en s'assurant de prévenir et contrôler la transmission de la COVID-19 dans le milieu de vie. Ce concept constitue l'un des moyens pouvant être mis en place par une RI non visée par la LRR. S'il ne peut s'appliquer, la distanciation physique **recommandée** entre les usagers et le port du masque médical doivent impérativement être respectés sauf pour les exceptions prévues à la directive DGSP-014, par exemple, lorsque l'utilisateur ne tolère pas le masque.

Le concept de bulle consiste en un regroupement d'un petit nombre d'usagers qui pourront interagir librement entre eux grâce à un assouplissement des mesures préventives telles que la distanciation physique. Formée trop petite, une bulle ne favorisera pas les interactions entre les usagers qui la constituent. D'autre part, une bulle trop grande augmente le risque d'introduction et de propagation du virus. Les usagers d'une même bulle peuvent participer ensemble aux différentes activités qui constituent la vie quotidienne de la ressource (ex. : l'activité repas, loisirs). Ce regroupement d'usagers en bulle est alors considéré comme une cellule de vie.

Étant donné que chaque bulle contient un nombre limité d'usagers et que ceux-ci sont toujours les mêmes, cela permet de limiter le nombre de personnes potentiellement atteintes d'une infection et de circonscrire les éclosions sur un étage, une unité ou dans le milieu de vie.

Le regroupement d'usagers dans des bulles distinctes favorise un retour partiel à la normalité du milieu de vie. Concrètement, **l'application du concept de bulle permet :**

- Le maintien des contacts humains (sans le port du masque) et la proximité physique entre les usagers d'une même bulle (à moins de 2 mètres)
- Le partage des objets, notamment lors des activités de loisirs (ex. : cartes, casse-tête, livres, balles);
- L'occupation optimale des lieux communs tels que les salons et les salles à manger;
- D'éviter l'isolement à la chambre lorsque non requis. Ainsi, l'isolement à la chambre est réservé pour les usagers suspectés ou atteints de la COVID-19.

L'application du concept de bulle doit se faire en respectant chacune des conditions suivantes afin de réduire les risques de transmission de la COVID-19 à l'ensemble du milieu de vie :

- Le concept de bulle s'applique uniquement en zone froide et ne s'applique pas en zone tiède et ni en zone chaude.
- Une bulle est constituée exclusivement d'usagers. Les personnes qui interagissent avec la bulle n'en font pas partie (notamment les membres du personnel, les visiteurs, les bénévoles, etc.);
- Une bulle peut regrouper un nombre variable d'usagers, idéalement 10 usagers et ce, jusqu'à un maximum de 12 usagers. Ce nombre maximum pourrait être adapté dans les unités prothétiques, sur autorisation de l'équipe de PCI de l'établissement ou du directeur de santé publique, et ce, pour tenir compte du profil des usagers;
- La composition des bulles devrait être déterminée au terme d'un processus interdisciplinaire où les aspects fonctionnels, environnementaux et sociaux (exemple, par intérêts des usagers) ont été considérés de manière à répondre le plus adéquatement aux besoins des usagers;
- Les usagers qui font partie d'une même bulle doivent toujours être les mêmes;
- Les usagers constituant une même bulle doivent être identifiés clairement (par exemple, des pastilles de couleur sur les chaises ou à l'entrée de la chambre, plan de table, etc.). Cette information doit être facilement disponible et bien connue des membres du personnel afin que les usagers d'une même bulle demeurent toujours au sein de la même cellule et puissent se côtoyer librement et participer ensemble aux différentes activités;

- Lors d'une activité de loisir, il est recommandé de procéder à un nettoyage et une désinfection préalable, et après chaque usage, des différents objets (ex. casse-têtes, crayons, etc.) que se partagent les usagers d'une même bulle;
- Une attention particulière doit être apportée à l'hygiène des mains des usagers qui constituent une bulle, et ce, plusieurs fois par jour;
- L'introduction d'un usager nouvellement intégré est possible pour compléter une bulle ou pour remplacer un usager l'ayant quitté, lorsque ce dernier a complété la période d'isolement préventif recommandé lors d'une intégration;
- Si des usagers de différentes bulles doivent se côtoyer, la distanciation physique et les mesures PCI recommandées doivent être respectées. Il est de la responsabilité de la ressource, de ses employés ou de ses remplaçants compétents de soutenir les usagers pour s'assurer que cette mesure soit bien appliquée particulièrement pour les usagers qui ont de la difficulté à reconnaître leur appartenance à une bulle en raison de leur perte cognitive;
- Lors des activités de groupe, la distanciation physique **recommandée** entre les différentes bulles doit être respectée en tout temps;
- Les membres du personnel, les personnes proches aidantes, les visiteurs, les bénévoles, etc., qui sont en contact avec les usagers doivent respecter rigoureusement les mesures PCI recommandées, porter les ÉPI requis et respecter les règles de distanciation physique pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle et la transmission de l'infection entre les différentes bulles;
- Les différentes personnes qui entrent en contact avec une bulle doivent être stabilisées et limitées afin de réduire au maximum le risque d'introduction de l'infection dans la bulle à partir d'une source externe;
- Les différentes personnes qui sont amenées à passer d'une bulle à l'autre (ex. employés) doivent appliquer les mesures PCI recommandées (port adéquat des ÉPI, hygiène des mains et distanciation physique) afin de réduire au maximum le risque de propagation du virus entre les bulles. Lorsque cela est possible, leur route de travail devrait être organisée de manière à limiter les allers-retours entre les usagers de différentes bulles au cours d'un même quart de travail;
- Il n'est pas permis que les visiteurs et les personnes proches aidantes fréquentent des usagers de différentes bulles, sauf pour des situations particulières;
- Le concept de bulle doit être expliqué aux familles et/ou aux proches lorsqu'il est mis en place dans une ressource. Le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal est requis afin d'assurer sa compréhension et l'acceptation de ce concept, notamment par l'indication d'une note au dossier de l'utilisateur;
- Si un usager de la bulle est suspecté ou atteint de la COVID-19 ou si un membre du personnel est suspecté ou atteint de la COVID-19: se référer à l'équipe PCI pour les mesures à adopter et l'informer que le concept de bulle a été appliqué.

