Coronavirus COVID-19

PLAN PROVINCIAL DE PRIORISATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

SECTEUR PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE

MISE À JOUR DU 30 NOVEMBRE 2020

Auteurs principaux

Docteure Lucie Opatrny
Sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination

Monsieur Martin Forgues, directeur général adjoint
Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Rana Farah, adjointe exécutive
Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Avec la contribution du :

Comité clinique de dépistage COVID-19 et première ligne

Docteur Réal Barrette, coprésident du comité et médecin-conseil

Monsieur Philippe Lachance, coprésident du comité et directeur des services de proximité en santé physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Zina Benshila, directrice adjointe des services médicaux et généraux de première ligne, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Docteur Jacques Blais, chef du Département régional de médecine générale, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Madame Aurore Deligne, coordonnatrice, Direction des services de proximité en santé physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Docteur Sylvain Dion, vice-président du conseil d'administration, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Madame Sylvie Larocque, directrice adjointe aux services professionnels, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Docteur Éric Lavoie, chef du Département régional de médecine générale, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Madame Mariève Morin, coordonnatrice de la gestion des programmes GMF, GMF-R et GMF-U, Direction des services de proximité en santé physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Marie-Pier Pagé, conseillère en soins infirmiers volet IPS, Direction nationale des soins et services infirmiers, ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Catherine Pageau, conseillère clinique volet accueil clinique et gestion hospitalière, Direction des services d'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux

Docteure Annie Tremblay, directrice adjointe des services professionnels, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Docteure Raymonde Vaillancourt, chef du Département régional de médecine générale, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Docteur Christian Vinette, médecin-conseil, ministère de la Santé et des Services sociaux

Table des matières

Mise en contexte 2
Structure du document 4
Niveaux des activités 5
ANNEXES 9

Coronavirus COVID-19

MISE EN CONTEXTE

La pandémie de COVID-19, débutée au Québec en mars 2020, a entraîné une réduction des ressources disponibles (humaines, médicales, matérielles), induite par la réponse aux impératifs de la pandémie. Cette réduction, ajoutée aux consignes de distanciation physique qui se sont appliquées durant cette période, a eu un impact significatif sur l'organisation et l'accessibilité aux services de première ligne (1re ligne) médicale.

Compte tenu de l'évolution actuelle de la situation épidémiologique, le Comité clinique de dépistage COVID-19 et 1re ligne du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a élaboré des orientations selon des niveaux d'activité cliniques spécifiques à la première ligne médicale. Ces niveaux d'activités doivent être établis par le Centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU) de chaque établissement, en tenant compte du palier d'alerte régional identifié par la santé publique, mais également de l'implication des ressources cliniques de 1re ligne médicale dans d'autres milieux et du nombre de foyers d'éclosion. Le niveau d'activité ainsi établi permettra aux établissements de déterminer les activités cliniques de 1re ligne médicale devant être priorisées.

En période pandémique, les rôles de porte d'entrée des services de santé et de filet de sécurité de la 1re ligne médicale demeurent. L'organisation des services au Québec prend par ailleurs appui sur un rôle élargi de la 1re ligne, notamment par l'offre de services populationnels, par une implication dans la vigie des symptômes ainsi que par le soutien au milieu de vie. Il est donc primordial que les niveaux d'activités rouges et orange conservent un certain pourcentage d'effectifs médicaux et de ressources professionnelles dans les milieux de 1re ligne. Afin d'assurer une cohérence des actions, le chef du Département régional de médecine générale (DRMG) ou un représentant qu'il délègue, de même qu'un représentant de la Direction des soins infirmiers (DSI), doivent participer aux travaux et discussions du CCMU.

Considérant l'expertise spécifique des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) et la contribution importante qu'elles apportent au suivi des patients en première ligne médicale, il est fortement recommandé qu'elles poursuivent, au même titre que les médecins de famille, leur implication dans ces milieux.

Par ailleurs, le modèle des cliniques désignées d'évaluation (CDÉ) mis en place dès le début de la pandémie de COVID-19, dans l'ensemble des régions, est le modèle d'organisation des services de première ligne, préconisé pour la durée de la pandémie. La création des CDÉ a en effet permis de concentrer les efforts de prévention et de contrôle des infections dans un nombre restreint de milieux tout en permettant l'acquisition d'une expertise pour les soins à la population présentant

des symptômes de la COVID-19. C'est également dans les CDÉ que pourront donc être référés les patients atteints de grippe.

Toutefois, il est essentiel d'adapter le déploiement de ce modèle sur chaque territoire en fonction de la volumétrie nécessaire en réponse au besoin, ainsi que d'en faire le suivi et les ajustements selon le niveau d'alerte s'appliquant à chaque population, le tout en collaboration avec le DRMG.

Il est également recommandé que l'offre de service en première ligne, que ce soit en CDÉ pour les patients symptomatiques ou dans les autres milieux de première ligne pour les patients non symptomatiques, fasse l'objet d'une stratégie de communication permettant aux citoyens de savoir où se diriger en fonction de leurs besoins.

STRUCTURE DU DOCUMENT

Le document est constitué de deux grandes sections.

La première section, sous la forme d'un tableau, donne les caractéristiques des niveaux d'activités spécifiques à la 1re ligne médicale et identifie, selon ce niveau, les activités cliniques à prioriser en 1re ligne médicale. Les éléments de gouvernance et les services essentiels sont également spécifiés.

La seconde section présente des modalités à mettre en place afin d'assurer une orientation pertinente des patients ainsi qu'une organisation sécuritaire des activités dans les milieux de soins de 1re ligne.

NIVEAUX DES ACTIVITÉS	NIVEAUX D'ACTIVITÉS IDENTIFIÉS POUR LA PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE			
	Niveau d'alerte 1	**Niveau d'alerte 2**	**Niveau d'alerte 3**	**Niveau d'alerte 4**
Caractéristiques	**Transmission communautaire limitée** • Affectation de ressources minimale en corridors chauds et vigie; • Pas d'éclosion ou rares milieux en éclosion qui demeurent contrôlés; • Retour à une offre de service en équilibre avec la demande.	**Circulation active du virus, mais situation en contrôle** • Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins; • Nombre limité de sites en éclosion (unités, ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) - résidences privées pour aînés (RPA), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), milieux de travail et milieux communautaires); • Ajustement du confinement de la population provoquant une diminution de la demande.	**Circulation active du virus, mais situation en contrôle** • Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins; • Nombre limité de sites en éclosion (unités, RI-RTF-RPA, CHSLD, milieux de travail et milieux communautaires); • Ajustement du confinement de la population provoquant une diminution significative de la demande.	**Circulation active du virus avec dépassement de la capacité du milieu** • Les ressources médicales et professionnelles sont réaffectées massivement selon les besoins; • Éclosions multisites (unités, RI-RTF-RPA, CHSLD, milieux de travail, milieux communautaires); • Ajustement du confinement de la population limitant de façon importante la demande de services de première ligne (1re ligne).
Gouvernance	• Vigie et Centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU) suspendue ou limitée;	• CCMU actif avec participation du chef de Département régional de médecine générale (DRMG) et de la Direction des soins infirmiers (DSI);	• CCMU actif avec participation du chef de DRMG et de la DSI;	• CCMU actif avec participation du chef de DRMG et de la DSI;

Services essentiels	• Offre doit répondre à l'augmentation de la demande; • Offre de service en Cliniques désignées d'évaluation (CDÉ) minimale et ajustée aux besoins.	**S'ajoutent aux services essentiels du niveau 4 :** • Offre doit s'adapter à l'augmentation de la demande; • Offre de service en CDÉ ajustée aux besoins.	**S'ajoutent aux services essentiels du niveau 4 :** • Offre doit s'adapter à l'augmentation de la demande; • Offre de service en CDÉ ajustée aux besoins.	• Urgences, hospitalisations, unités de soins intensifs (USI), cas urgents en services spécialisés; • CHSLD, RI-RTF-RPA, Soutien à domicile (SAD), soins palliatifs; • CDÉ; • Accès populationnel urgent.
Ressources requises pour fonctionnement	• Disponibilité minimale de 70 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne et d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL); • Maintien de 70 % des effectifs habituels d'infirmières en 1re ligne; • Reprise de plus de 70 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des équipements de protection requis selon les orientations de la santé publique et aménagement respectant les consignes de la prévention et contrôle des infections (PCI).	• Disponibilité de 50 % à 70 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne et IPSPL; • Maintien de 50 % à 70 % des effectifs habituels d'infirmières en 1re ligne; • Reprise de 50 % à 65 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des équipements de protection requis selon les orientations de la santé publique et aménagement respectant les consignes de la PCI.	• Disponibilité de 30 % à 50 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne et IPSPL; • Maintien de 30 % à 50 % des effectifs habituels d'infirmières en 1re ligne; • Reprise de 35 % à 50 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des équipements de protection requis selon les orientations de la santé publique et aménagement respectant les consignes de la PCI.	• Disponibilité de moins de 30 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne et IPSPL; • Disponibilité de moins de 30 % des effectifs habituels d'infirmières en 1re ligne; • Moins de 35 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des équipements de protection requis selon les orientations de la santé publique et aménagement respectant les consignes de la PCI.

ACTIVITÉS CLINIQUES				
Principes	• Contrainte globale d'utilisation optimale des ressources et de mobilité de la main-d'œuvre en vases communicants; • Pertinence des rendez-vous : - Disponibilité minimale requise d'infirmières pour assurer le triage téléphonique en tout temps; - Maintien et consolidation de l'utilisation d'un outil transactionnel autorisé de gestion des rendez-vous entre les partenaires du réseau; - Offre populationnelle renforcée et accès universel aux citoyens avec priorisation selon l'urgence des besoins; - Filtrage des patients à l'arrivée à la clinique; • Utilisation pertinente des téléconsultations en respect de la qualité de l'acte[1]; • La reprise des activités des autres secteurs de 1re ligne (ex. services courants, maladies chroniques, immunisation, santé mentale, etc.) est essentielle pour la complémentarité des activités en cliniques médicales de 1re ligne; • Renforcement des mesures de précaution universelle des infections; • **Jusqu'à nouvel ordre**, adaptation des obligations inhérentes à l'adhésion aux programmes groupe de médecine de famille (GMF), Groupe de médecine familiale – désignation réseau (GMF-R) et groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U); • Intégration des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) aux priorités cliniques de la 1re ligne, au même titre que les médecins de famille. • Selon l'organisation territoriale, le délestage doit se faire en cohérence avec le plan de priorisation des services médicaux en milieux de vie pour aînés (document à venir).			
Accès populationnel	• Accès à la 1re ligne selon les GMF/cliniques d'appartenance; • Réponse à la clientèle orpheline et réorientation par les centres d'appel COVID selon un principe de proximité géographique; • Couverture en vigie des CDÉ en transition vers un modèle qui pourrait s'intégrer aux cliniques de 1re ligne, selon les besoins et	• Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation; • Collaboration au déploiement du projet Accès réseau pertinence en 1re ligne.	• Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation; • En fonction des capacités organisationnelles et cliniques : collaboration au projet Accès réseau pertinence en 1re ligne.	• Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation; • En fonction des capacités organisationnelles et cliniques : Collaboration au projet Accès réseau pertinence en 1re ligne.

[1] Afin d'éviter des interruptions au niveau des épisodes de soins, tout rendez-vous donné par télésoins doit pouvoir se poursuivre en présentiel au besoin, et ce, auprès du médecin ou de l'IPS ayant initié la consultation, ou d'un membre de son équipe.

	modèles d'organisation des territoires; • Collaboration au déploiement du projet Accès réseau pertinence en 1re ligne.			
Priorités cliniques	**S'ajoutent aux activités niveau 2 :** • PAP test; • Suivi en santé mentale pour patients stables; • Prise en charge guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) priorités D-E; • Chirurgie mineure et vasectomie; • Dépistages recommandés, selon l'acceptabilité et la faisabilité.	**S'ajoutent aux activités niveau 3 :** • Suivi pour maladie chronique stable; • Prise en charge GAMF priorité C; • PAP test de plus de 3 ans; • Suivi Société de l'assurance automobile du Québec[2].	**S'ajoutent aux activités niveau 4 :** • Dépistage génétique; • Suivi Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail[3]; • Suivi en santé mentale pour patients vulnérables; • Repérage des troubles cognitifs; • Autres vaccinations.	**Activités priorisées :** • Suivi pour maladie chronique instable ou nouveau diagnostic; • Suivi de grossesse; • Suivi en santé mentale pour patient instable; • Vaccination COVID / Influenza; • Gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi; • Suivi 0-2 ans; • Prise en charge GAMF priorités A-B; • Aide médicale à mourir et soins palliatifs.
SAD / SIAD / RPA / RI / RTF	• Consolidation de la garde 24/7; infirmière et médicale avec outils de communication.	• Réaffectation partielle du personnel; • Contribution pour la couverture infirmière et médicale 24/7 SAD et RPA-RI avec GMF répondants pour la clientèle inscrite / non-inscrite, chaude et froide, selon le niveau d'alerte; • Collaboration pour le déploiement du projet de vigie COVID.	• Réaffectation partielle du personnel; • Contribution pour la couverture infirmière et médicale 24/7 SAD et RPA-RI avec GMF répondants pour la clientèle inscrite / non-inscrite, chaude et froide, selon le niveau d'alerte; • Collaboration pour le déploiement du projet de vigie COVID.	• Réaffectation du personnel clinique; • Contribution des médecins de famille; • Implication des CDÉ; • Implication de représentants PCI; • Collaboration pour le déploiement du projet de vigie COVID.

[2] Excluant gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi.
[3] Excluant gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi.

Modalités à mettre en place

Cette annexe résume les modalités à mettre en place afin d'assurer une priorisation des activités de façon sécuritaire dans les milieux de soins de 1re ligne [4].

La priorisation des activités de 1re ligne doit s'effectuer en cohérence avec les autres secteurs.

Orientation des patients

Personnes qui présentent des critères de référence en clinique désignée de dépistage (CDÉ)[5]:

- Si la personne a besoin de consulter en 1re ligne et est inscrite auprès d'un médecin de famille, elle peut communiquer avec son médecin ou sa clinique afin d'obtenir un rendez-vous téléphonique dans cette clinique ou un rendez-vous en personne en clinique désignée de dépistage (CDÉ);
- Si la personne a besoin de consulter en 1re ligne et n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille, elle peut communiquer avec le 1 877 644-4545, où l'on procédera à une évaluation de sa condition afin de lui octroyer un rendez-vous dans une clinique CDÉ à proximité géographique;
- Pour toute question générale entourant la COVID-19 et pour un dépistage, toute personne est invitée à communiquer avec la ligne 1 877 644-4545. Les options du menu automatisé permettront de prendre en charge sa demande, notamment en l'invitant à se rendre sur Internet pour compléter l'outil d'autoévaluation ou à rester en ligne si elle le souhaite pour être référée en clinique désignée de dépistage (CDD), s'il y a lieu.

Personnes qui ne présentent pas les critères de référence en CDÉ:

- Si la personne a besoin de consulter en 1re ligne et est inscrite auprès d'un médecin de famille, elle peut communiquer avec son médecin ou sa clinique afin d'obtenir un rendez-vous dans cette clinique;
- Si la personne a besoin de consulter en 1re ligne et n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille, elle peut communiquer avec Info-Santé en composant le 811 pour obtenir des conseils ou en composant le 1 877 644-4545 pour être dirigée vers la ressource appropriée, dont un guichet d'accès de 1re ligne, lorsque mis en place (projet accès réseau pertinence en 1re ligne). Elle peut également communiquer avec une clinique à proximité, qui se doit d'offrir des services aux personnes sans médecin de famille.

[4] Les milieux de première ligne visés par ce document sont les lieux de prestation de soins de première ligne, soit les CLSC, GMF (incluant les GMF universitaires et réseau) et les cliniques non GMF. Les activités visées sont celles pratiquées par l'ensemble de l'équipe clinique (médecin, infirmières, IPSPL, autres professionnels).

[5] Les critères de référence en CDÉ sont détaillés dans le formulaire de référence en annexe.

Volet Santé publique

Toutes les mesures mises en place depuis le début de la pandémie restent appropriées afin de limiter la contamination des milieux et des personnes (distanciation physique, lavage des mains, étiquette respiratoire).

Pour tout rendez-vous en 1re ligne, les téléconsultations doivent être privilégiées lorsque possible, et doivent tenir compte du *Rappel des obligations déontologiques* publiées par le Collège des médecins du Québec.

Un questionnaire doit être réalisé lors de la prise de rendez-vous et à l'arrivée du patient en clinique afin de s'assurer que le patient a été référé au bon endroit, selon les critères de référence en CDÉ détaillés en annexe.

POUR LES PATIENTS SYMPTOMATIQUES[6] orientés vers les CDÉ pour une consultation en présentiel:

- Les recommandations actuellement en place doivent demeurer (équipement de protection individuelle (ÉPI), zones chaudes, report de certains examens, etc.);
- Port du masque de procédure obligatoire pour les patients et les soignants;
- Aucun accompagnateur sauf en cas de situation exceptionnelle, par exemple un soutien essentiel.

POUR LES PATIENTS NON ORIENTÉS EN CDÉ :

- Il est important de faire le rappel des pratiques de base (distanciation, étiquette respiratoire, hygiène des mains). Des affiches doivent être visibles tout au long de la trajectoire des patients;
- Le respect de la distanciation physique (deux mètres) est un élément incontournable, et les services doivent être organisés en conséquence. La trajectoire du patient doit être revue pour toutes les étapes du parcours, et les mesures de mitigation doivent être mises en place par exemple :
    - Limiter le nombre d'accompagnateurs;
    - Identifier la distance à respecter par un marquage au sol, par des cônes ou autres, à l'extérieur de l'établissement ainsi qu'à l'accueil;
    - Planifier un nombre limite de patients dans les espaces d'attente en fonction des aménagements de l'installation (espaces de salles d'attente) et dans la planification des rendez-vous afin de respecter en tout temps la distance de deux mètres;
    - Favoriser les téléconsultations lorsqu'elles sont possibles[7];
    - Limiter le nombre de rendez-vous préalables pour les examens diagnostiques en optimisant chaque visite à la clinique;

[6] La notion de symptomatiques inclut tous symptômes infectieux : IVRS, COVID et gastroentérite.

[7] Afin d'éviter des interruptions au niveau des épisodes de soins, tout rendez-vous donné par télésoins doit pouvoir se poursuivre en présentiel au besoin, et ce, auprès du médecin ou de l'IPS ayant initié la consultation, ou d'un membre de son équipe.

- Si les infrastructures ne permettent pas la distanciation de deux mètres, prévoir des séparations physiques (ex. : paravent, rideaux, plexiglas, etc.) et en assurer le nettoyage;
- Pour un patient asymptomatique et ses accompagnateurs le cas échéant, le port du masque de procédure est obligatoire dans les zones orange et rouges. Dans les zones jaunes et vertes, le masque de procédure peut être remplacé par le couvre visage artisanal;
- Le port du masque de procédure et du masque artisanal ne remplacent pas le respect de la distanciation physique ou le besoin d'aménagement des lieux physiques;
- Si le masque de procédure est indiqué pour un patient (ex. chez un (e) dentiste), lui demander de retirer son couvre-visage de façon sécuritaire, de procéder à la désinfection de ses mains et lui donner un masque de procédure (ex. : dans la situation d'une personne qui tousse ou qui fait de la fièvre) puis, de répéter la procédure de désinfection des mains, et ce, peu importe où le patient consulte dans les milieux de soins. Ce patient doit être référé en CDÉ;
- Lors du retrait du masque de procédure, prévoir des poubelles pour disposer du masque et un poste d'hygiène des mains.

RAPPEL :

- Les mesures universelles de prévention et de contrôle des infections (PCI) doivent être renforcées et maintenues en tout temps;
- Pour les travailleurs de la santé, porter les ÉPI recommandés selon la situation clinique (notamment lorsqu'on est à moins de deux mètres des patients et de leurs collègues) et les retirer sécuritairement au moment opportun;
- La distanciation physique entre les collègues en dehors des activités de soins (ex. : repas, pauses, etc.) doit, elle aussi, être respectée;
- L'hygiène et la salubrité doivent être renforcées dans tous les milieux de soins pour éviter une transmission par contact avec les surfaces. Pour le nettoyage des instruments et des espaces physiques, se référer à :

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002507/

  https://www.inspq.qc.ca/publications/2970-nettoyage-desinfection-cliniques-covid19

Volet organisation des services (cliniques chaudes et froides)

- Instaurer, lorsque possible, l'attente dans le stationnement avec texto ou appel lorsqu'il est temps d'entrer pour le rendez-vous. Prévoir une durée de rendez-vous plus longue en présentiel, considérant les besoins de désinfection et de salubrité.
- Les rendez-vous en présentiel doivent être privilégiés pour la clientèle qui le demande ou qui le nécessite selon l'évaluation clinique préliminaire.
- Afin de diminuer les déplacements pour les patients, surtout ceux présentant des facteurs de risque (patient de plus de 70 ans, immunosupprimé, présence de maladies chroniques mal contrôlées), la téléconsultation doit être proposée en tout temps.
- Les patients ayant besoin de suivis qui exigent plusieurs examens physiques, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans, devraient être vus en personne.
- Considérer la possibilité de visites à domicile (VAD) et de lien avec le soutien à domicile (SAD) pour les patients avec facteurs de risques importants et nécessitant une évaluation en présentiel.
- Limiter l'utilisation de papier (vecteur de transmission) en général. Les requêtes et les prescriptions par voies électroniques ou par fax doivent être favorisées. La manipulation des cartes d'assurance-maladie doit être évitée.
- Maximiser l'utilisation de prise de rendez-vous en ligne, qu'ils soient en clinique froide ou chaude, par voie téléphonique ou en présentiel.
- Mise en place d'une vigie quotidienne pour l'état de santé des employés et des équipes cliniques (professionnels et médecins).

Clientèle visée aux CDÉ

Le formulaire suivant permet 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)	
Référer en CDÉ tout patient répondant au moins à l'un des trois critères suivants (cocher toutes les cases appropriées) :	
☐ **1) CRITÈRE CLINIQUE A : le patient présente <u>≥ 1 SYMPTÔME(S)</u> parmi les suivants** ☐ Fièvre (>38); ☐ Toux (récente ou chronique exacerbée); ☐ Difficultés respiratoires; ☐ Anosmie d'apparition soudaine sans congestion nasale, avec ou sans agueusie.	
☐ **2) CRITÈRE CLINIQUE B : le patient présente <u>≥ 2 SYMPTÔMES</u>** parmi :** Symptômes généraux ☐ Myalgie; ☐ Céphalée; ☐ Fatigue marquée; ☐ Perte d'appétit importante; ☐ Mal de gorge; ☐ Otalgie; ☐ Rhinorrhée; ☐ Vomissement ou nausée; ☐ Diarrhée (nouvelle ou exacerbée).	
☐ **3) CRITÈRES D'EXPOSITION** ☐ Patient ayant reçu un diagnostic de **COVID-19** dans les **10 DERNIERS JOURS** (**28 jours** si patient immunosupprimé, **21 jours** si patient ayant séjourné aux soins intensifs); ☐ 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** dans une zone considérée à risque (extérieur du Canada ou région en palier orange ou rouge lorsque la consultation a lieu dans une région verte ou jaune); ☐ Patient contacté par la santé publique ou visé par une annonce populationnelle de la santé publique.	
PRÉALABLES OBLIGATOIRES À LA CONSULTATION – toute consultation ne répondant pas à ces trois critères sera retournée au référent. ☐ Absence de critère de référence à l'urgence; ☐ N'est pas référé seulement pour un dépistage COVID (si oui, référez la clientèle ciblée en CDD).	

Clientèle exclue des CDÉ (à orienter vers les urgences)

- Fièvre :
  - Enfants 0 à 3 mois et température rectale ≥ 38 degrés Celsius;
  - Enfants 3 mois à 3 ans et température rectale ≥ 39 degrés Celsius.
- Clientèle non réorientable de l'urgence.

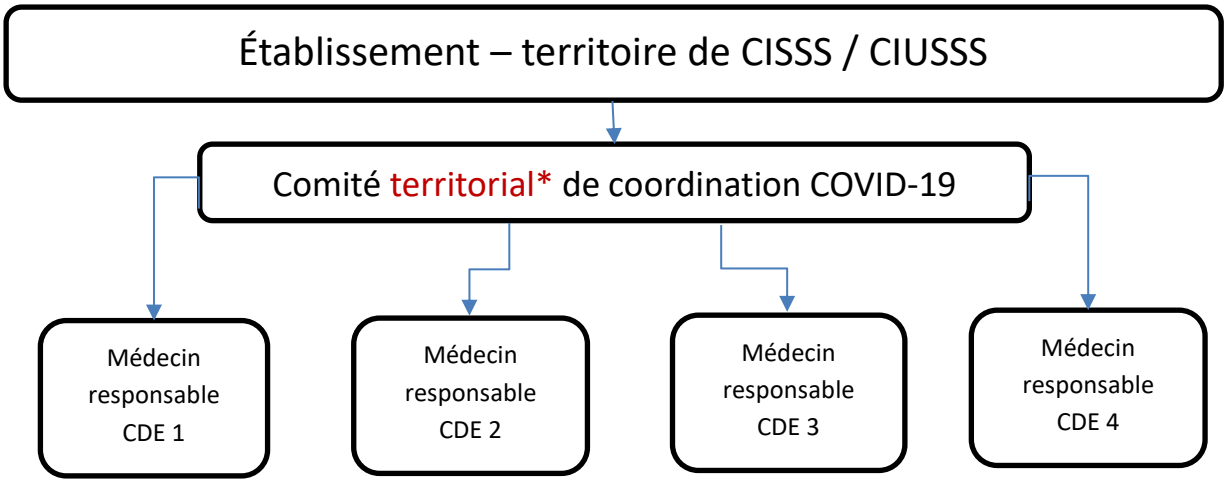
Vigilance accrue pour des patients vus en CDÉ qui présenteraient les signes de gravité et risques de dégradation suivants :

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)**

Offre de service complémentaire :

- L'offre de service est à adapter en fonction de la capacité du site, du risque infectieux COVID-19 et du risque de dégradation de l'état du patient :
  - Nécessitant un plateau de chirurgie mineure (sites non traditionnels);
  - Nécessitant une médication sur place (p*er os*, intraveineux, intramusculaire, inhalateur, infiltrations, etc.).
- Éviter tout traitement qui pourrait générer des particules en suspension dans l'air (aérosol);
- Favoriser des trajectoires adaptées pour les femmes enceintes nécessitant une évaluation de la grossesse ou du fœtus;
- Pour tous les prélèvements de la clientèle pédiatrique, utiliser la trajectoire chaude établie par l'établissement.

GOUVERNANCE liée aux CDÉ



En conjonction au DRMG, le comité territorial de coordination est défini pour chacun des milieux, selon le besoin; selon le découpage, il peut être local, régional ou par territoire de CISSS/CIUSSS.

Rôle et responsabilité du médecin responsable CDÉ[8] - en bref

Responsable de l'organisation clinique en CDÉ et de la coordination avec les instances organisationnelles régionales (DRMG et établissement), en conformité avec les directives ministérielles.

RESPONSABILITÉS

1. Participe aux activités de coordination locales des réseaux locaux de services (RLS) impliqués;
2. Responsable de la communication entre le comité territorial* de coordination et les médecins de son milieu;
3. Il assure, le cas échéant, le lien avec le comité COVID régional;
4. Responsable de l'application des consignes et bonnes pratiques en CDÉ, telles que transmises par le *Comité de travail clinique COVID-19 – Cliniques et première ligne*;
5. Participe à la mobilisation médicale pour susciter l'adhésion aux différentes listes de garde et convenir de la distribution appropriée des soins médicaux dans son réseau local de services (RLS), en coordination avec sa table médicale de RLS et le comité de coordination territorial;
6. Au sein du comité de coordination territorial, est impliqué dans l'élaboration des règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles du CDÉ en adéquation avec la première ligne et voit à l'application et au respect des règles d'utilisation dans son milieu.

[8] Un seul médecin responsable par CDÉ, qui peut être assisté d'un autre médecin dans la réalisation de ses responsabilités. La reconnaissance du médecin responsable doit se faire par le DRMG, conjointement avec le DSP pour les CDÉ intra-établissement. La liste des médecins responsables de CDÉ doit être transmise au comité de désignation MSSS-FMOQ.