

Niveau d'alerte 1		Niveau d'alerte 2		Niveau d'alerte 3		Niveau d'alerte 4	
LE DÉCLENCHEMENT DES NIVEAUX D'ALERTE EST DÉCIDÉ PAR LE MSSS en collaboration avec les établissements ET SE FAIT RÉGIONALEMENT/LOCALEMENT ET PAR CLIENTÈLE ADULTE OU PÉDIATRIQUE							
ACTIVATION selon: • Utilisation des lits d'hospitalisation et de soins intensifs COVID (sauf pédiatrie)	- Utilisation des lits d'hospitalisation < 20 % des lits ciblés COVID - Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI < 20 % des lits ciblés COVID	- Utilisation des lits d'hospitalisation entre 20 % et 40 % des lits ciblés COVID - Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre 20 à 40 % à des lits ciblés COVID		- Utilisation des lits d'hospitalisation de 40 % - 80% des lits ciblés COVID - Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre 40-80% des lits ciblés COVID		- Utilisation des lits d'hospitalisation > 80% des lits ciblés COVID - Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI > 80% des lits ciblés COVID	
Cibles de lits COVID Répartition régionale et interrégionale décidée par COOLSI/CCPQ par région	- Mesure de base (situation actuelle) - Usager COVID + hospitalisés dans les centres désignés : cibles déterminées par installation - Répartition naturelle selon les lieux de consultation - Enfant hospitalisé : COVID + SYMPTOMATIQUE; Centres désignés COVID + ASYMPTOMATIQUE (autre diagnostic principal) : Centre régional non désigné	- Montée progressive des cas avec répartition selon les cibles COVID - Selon discussion entre les PDG et DSP pour passer à la phase 3		- Répartition équitable entre les CD par COOLSI par région - Selon discussion entre les PDG et DSP pour étendre la couverture au territoire élargi		Tous les CH Mise en place de la surcapacité au-delà des cibles	
		Montréal	<40 % des lits ciblés par centre désigné et répartition régionale au-delà de ces pourcentages	Montréal et 3L Autres régions	40-80 % des lits ciblés par centre désigné et répartition régionale au-delà de ces pourcentages		
Évaluation capacité RH (MSSS et Établissement)	Indicateurs RH : Taux de présence infirmière requise ; Taux de temps supplémentaire; Taux absence dues au COVID chez le personnel; Taux d'absence global : Analyse, discussion et contextualisation entre le MSSS et l'établissement : évaluer la contribution de l'enjeux RH à la problématique et aux actions potentielles						
Actions RH Principes directeurs : Stabilisation RH, Utilisation optimale des compétences Révision de l'organisation des soins et du travail	Embauche des bassins de main d'œuvre en soins infirmiers disponibles, augmenter la disponibilité de la main d'œuvre, révision de la composition des équipes de soins en fonction des ressources disponibles, révision de l'organisation par le délestage d'activités professionnelles à non-valeur ajoutée pour les infirmières et contribution des infirmières auxiliaires	S'assurer de l'accueil et du suivi et de la stabilisation du personnel venant d'autres secteurs d'activité		En fonction de l'analyse et de la demande de l'établissement, déployer la convergence des ressources venant d'un autre établissement en cohérence avec l'augmentation du délestage des activités cliniques selon le comité de coordination de l'établissement		Convergence des ressources s'il y a lieu	
ACTIONS Tous les établissements Toutes les régions	- Niveau de base - Établir un mécanisme de suivi des communications et directives ministérielles - Poursuivre les activités de dépistage - Poursuivre la téléconsultation - Planifier l'équipement/matériel nécessaire (ÉPI et autres) - Mise en place d'un mécanisme structuré de planification des transferts aux centre désignés - Tous les patients COVID+ doivent être transférés en CD coordonnés par le COOLSI et en pédiatrie, néonatalogie et obstétrique par le CCPQ - En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation et assurer toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions. Déclaration obligatoire au MSSS - NSA : Cible maximum d'usagers NSA entre 9 à 10 % des lits dressés. Une cible maximale de 25 % des usagers hors délais est attendue.	- Poursuivre les actions de niveau d'alerte 1 - Se préparer pour un éventuel Niveau d'alerte 3 - Rapatriement dans l'installation d'appartenance des usagers rétablis des centres désignés - En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation et assurer toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions.		- Se préparer pour un éventuel Niveau d'alerte 4 où tous les CH prendront en charge les patients COVID - Mise sous tension de surcapacité - Montée progressive des cibles par région - Recevoir les usagers non COVID détournés des urgences des centres désignés - En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation et assurer toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions.		Suivre les actions des centres désignés	
	Urgence : Se référer au plan de contingence spécifique à l'urgence. Des consignes spécifiques à certains secteurs complètent ce tableau (urgence, cancro, endoscopie, etc.) Actions NSA : Se référer au plan pour soutenir la gestion des trajectoires pour les sorties NSA						
Actions Centres désignés (CD)	Hospitalisation générale, services ambulatoires et Soins intensifs - Aucun délestage additionnel des activités : poursuite des activités selon le niveau de reprise planifié par établissement - Poursuivre le zonage lorsque pertinent : cohortage et sectorisation - Comité de coordination en place. - Préparation selon le guide de prévention et de gestion des éclosions - Tous les CD se préparent immédiatement pour contingence : - Planification de l'éventuelle surcapacité - Modulaire : préparation des installations temporaires - Conserver au minimum le nombre de lits réservés COVID.	Hospitalisation générale, services ambulatoires et Soins intensifs - Délestage sélectif des activités via le comité de coordination local et en fonction des directives en vigueur. - Tous les CD accélèrent la contingence : - Poursuivre le zonage – cohortage et sectorisation - Surcapacité : poursuivre selon la progression établie - Retour des usagers rétablis vers centre d'origine - Augmenter graduellement le nombre de lits réservés COVID selon le nombre de patients COVID admis et selon les cibles - NSA : Cible usagers NSA 10 % <u>des lits disponibles</u> sont occupés par des usagers en NSA. Une cible maximale de 25 % des usagers hors délais est attendue.		Hospitalisation générale, services ambulatoires et Soins intensifs - Augmentation du délestage des activités : Chirurgie : rationaliser au maximum les activités non-urgentes; médecine ambulatoire et cliniques externes : augmentation des soins virtuels; imagerie : maintien des services urgents et semi-urgents Cancérologie : maintien et délestage sélectif selon consignes cancérologie. maintien des activités cliniques chronodépendantes et essentielles (hémodialyse) - Traiter les cas semi-urgents à la pièce. Tout délestage est coordonné par le comité de coordination en place – pas d'autorisation ministérielle requise si respecte le plan de délestage. - Réorientation systématique et sécuritaire. - NSA : Cible usagers NSA de 8 % des lits disponibles sont occupés par des usagers en NSA. Une cible maximale de 25 % des usagers hors délais est attendue.		- Zonage d'unités froides-tièdes-chaudes pour tous. - Tous les hôpitaux gardent leurs patients COVID-19, à l'exception des patients COVID-19+ soins intensifs. - Transferts uniquement selon le niveau de spécialisation/mission nécessaire pour la prise en charge. - Délestage important de toutes activités non urgentes selon le comité de coordination - corridor inter-établissements - NSA : Cible usagers NSA de 5 % des lits disponibles sont occupés par des usagers en NSA. Une cible maximale de 25 % des usagers hors délais est attendue.	
Actions MSSS	- Suivi de COVID-19 : PLAN D'ACTION POUR UNE DEUXIÈME VAGUE - Point de suivi hebdomadaire avec les établissements. - Tenir un registre des cas dépistés et confirmés. - Suivi du tableau de bord des capacités réelles et de l'utilisation des lits. - Coordination des ÉPI.	- Point de suivi bi-hebdomadaire avec les établissements. - Coordination des sorties NSA avec responsables régionaux. - Comité de coordination clinique de délestage - Vigie de la capacité de dépistage selon les besoins. - Partage des priorités et des cibles de délestage selon les activités		- Point de suivi quotidien avec les établissements. - Évolution des priorités et des cibles de délestage - Collaborer avec les établissements concernés aux mesures de convergence des ressources		Poursuivre les points de suivi quotidien avec les établissements.	

	▪ Débuter les mesures de gestion de la main d’œuvre en tenant compte des secteurs dont le personnel doit être protégé de manière prioritaire selon les consignes émises (ex : oncologie, chirurgie, hémodialyse, etc.). ▪ Coordination des orientations avec la santé publique. ▪ Rationalisation et diffusion des communications des directives au réseau. ▪ Gestion de la 2e vague par sous-comité du comité directeur clinique. ▪ Communiquer la disponibilité des services hospitaliers à la population en contexte de pandémie.	▪ Vigie des situations épidémiologiques populationnelles et des capacités hospitalières régionales.		
--	--	---	--	--

CENTRES DÉSIGNÉS (CD)	Toutes les installations sont désignées dès le niveau d’alerte 1 et aucune désignation additionnelle n’est prévue à travers les niveaux d’alerte 2 et 3. Au niveau d’alerte 4 : toutes les installations seraient désignées. <i>Psychiatrie et réadaptation : voir tableau de classification. Installation aussi désignée pour l’obstétrique-néonatalogie : *</i>							
Régions	Soins aigus et critiques adultes							Pédiatrie
Montréal	H. Général Juif *	Hop. Sacré-Cœur et Fleury	HMR + Santa Cabrini	CHUM*	Notre-Dame et Verdun	Lasalle, St-Mary’s et Lakeshore	CUSM*	CHU Ste Justine*
Monterégie et 3L	H. Charles-Lemoyne	H. Pierre-Boucher*	H. Anna Laberge	H. de la Cité-de-la-Santé*	H. Saint-Jérôme*	H. Pierre-Legardeur*		CUSM (clientèle connue)
Autres régions	H. Rimouski * H. Chicoutimi*	IUCPQ CHU de Québec - UL	H. Trois-Rivières (CHAUR)* CHUS : HDS et H. Fleurimont*	Hôtel-Dieu de Lévis	H. Rouyn-Noranda* H. de Gaspé	H. Hull (H. Gatineau*obstétrique seulement)		CMES-CHU de Québec-UL* CHUS-Fleurimont*