

Optimisation des soins grâce à des scénarios de transmission de la COVID-19

Recommandations de Santé Ontario

Date de la libération initiale : Le 1 octobre 2020

Date	Avertissement
Le 8 juillet	<p>Ce document a été élaboré initialement en octobre 2020 pour fournir un ensemble de recommandations fondées sur des principes et un cadre de stratégies suggérées pour optimiser la capacité des soins de santé afin de garantir des soins appropriés et opportuns pour les patients ou clients atteints de la COVID-19, ceux ayant des besoins de soins de santé n'étant pas liés à la COVID-19, ainsi que ceux qui peuvent avoir été touchés par des soins retardés ou différés en raison de la première vague.</p> <p>L'ensemble de recommandations fondées sur des principes et le cadre de stratégies suggérées pour optimiser la capacité des soins de santé afin de garantir des soins appropriés et opportuns demeurent appropriés au moment de la révision en juin 2021. Ce document ne sera plus mis à jour, mais restera en ligne à des fins de référence et d'archivage</p>

Résumé

Développé par le Comité de lutte contre la COVID-19 : optimisation des soins grâce à des scénarios de transmission de la COVID-19, le présent document fournit un ensemble de recommandations fondées sur des principes qui s'inspirent des leçons apprises de la première vague de la pandémie de COVID-19 pour garantir la poursuite des soins aux patients/clients lors des vagues futures. Cela comprend les soins aux personnes atteintes de COVID-19, à celles qui ont des besoins de soins de santé non liés à la COVID et à celles qui ont été touchées par les soins différés ou retardés lors de la première vague de la pandémie. Les stratégies clés de la planification des futures vagues comprennent l'adoption d'une approche régionale de la coordination des soins, ainsi que le développement de partenariats et de collaborations entre les divers secteurs du système de soins de santé.

Le présent document adapte les quatre scénarios de transmission de la COVID-19 de l'Organisation mondiale de la santé pour servir de cadre aux recommandations. Les scénarios de transmission sont décrits comme suit : pas de cas, cas sporadiques, groupes de cas et transmission communautaire (modérée et généralisée). Les objectifs du système de santé pour les scénarios sont axés sur : l'arrêt de la transmission et la prévention de la propagation, le soutien de la participation des partenaires de soins à la prestation des soins, et la reprise des soins qui peuvent avoir été interrompus pendant la première vague de la pandémie, l'accélération des soins (le cas échéant) pour aider à réduire le retard dans les soins occasionné par la première vague, ou le maintien des services de soins de santé pendant les scénarios de propagation accrue (sous réserve des directives futures et/ou des modifications des directives existantes du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario).

Des recommandations détaillées sont adressées au niveau régional/sous-régional (comités directeurs régionaux et sous-régionaux pour la COVID-19). Des recommandations plus spécifiques à l'intention des établissements et des prestataires de soins de santé sont présentées pour chacun des quatre scénarios. Le cas échéant, des recommandations spécifiques pour chaque secteur sont également incluses.

Les recommandations pour les comités directeurs régionaux et sous-régionaux pour la COVID-19 sont les suivantes : déterminer le scénario de transmission pour leur région/sous-région en temps utile, surveiller les paramètres du système de santé, assurer la coordination avec les établissements et les prestataires de soins de santé, et les secteurs extérieurs aux soins de santé faisant l'objet de considérations particulières dans le but d'optimiser les capacités et les ressources humaines en santé, de protéger les populations vulnérables, de renforcer les programmes de vaccination et de soutenir des communications cohérentes.

Les recommandations à l'intention des établissements et des prestataires de soins de santé varient légèrement selon les scénarios, mais comprennent les thèmes suivants : reprendre/maintenir/accélérer les services de soins de santé programmés (envisager de reporter les soins programmés uniquement en cas de transmission communautaire généralisée), utiliser les soins virtuels, normaliser les améliorations du processus, renforcer les partenariats, préparer/mettre en œuvre/élargir/intensifier les plans d'urgence, renforcer les programmes de vaccination, surveiller les paramètres du système de santé, soutenir la participation des partenaires de soins, normaliser les communications, former/reformer à la prévention et au contrôle des infections, et gérer la COVID-19.

Vous trouverez ci-dessous des recommandations par secteur, qui varient aussi légèrement selon les scénarios.

Hôpitaux : revoir et redéfinir les priorités des listes d'attente/créer des capacités, utiliser les soins virtuels, traiter les retards dans les soins urgents, surveiller les paramètres du système de santé, revoir les plans d'urgence, prévoir des salles protégées contre la COVID, rafraîchir la politique relative aux visiteurs, réduire les tests et les traitements inutiles; collaborer avec les soins primaires et les soins à domicile et de proximité.

Soins primaires et soins ambulatoires hors hôpital : déterminer les services à privilégier pour les soins en personne, utiliser les soins virtuels, réduire les tests et les traitements inutiles, déterminer les ressources nécessaires, évaluer les capacités, collaborer avec les hôpitaux et les soins à domicile et de proximité.

Soins à domicile et communautaires et services de soutien communautaire : reprendre/accélérer les services de soins programmés, identifier les ressources nécessaires, équipes de soins de cohorte, assurer la continuité des services.

Table des matières

Résumé	2
Introduction	5
Planification des futures vagues de COVID-19	5
Planification et réponse intégrées des capacités provinciales et régionales	6
Planification et réponse des hôpitaux	6
Planification et réponse en matière de soins ambulatoires, de soins primaires et de soins à domicile et communautaires	7
Hypothèses de base	7
Principes directeurs en matière d'éthique	8
Cadre des scénarios de transmission	9
<i>Tableau 1. Description et objectifs du système de santé pour chaque scénario de transmission de la COVID-19⁸</i>	9
<i>Figure 1 : Référence rapide des objectifs et recommandations pour chaque scénario de transmission de la COVID 19</i>	11
Recommandations pour les comités directeurs régionaux et sous-régionaux pour la COVID-19	12
<i>Tableau 2 : Recommandations pour la planification des scénarios pour les comités directeurs régionaux/sous-régionaux pour la COVID-19</i>	12
Recommandations aux établissements et aux prestataires de soins de santé par scénario de transmission	16
Scénario 1 : Aucun cas de COVID-19.....	16
<i>Tableau 3 : Recommandations pour le scénario 1</i>	16
<i>Tableau 4 : Stratégies supplémentaires par secteur pour le scénario 1</i>	21
Scénario 2 : Cas sporadiques de COVID-19.....	23
<i>Tableau 5 : Recommandations pour le scénario 2</i>	23
Scénario 3 : Groupes de cas de COVID-19	26
<i>Tableau 6 : Recommandations pour le scénario 3</i>	26
<i>Tableau 7 : Stratégies supplémentaires par secteur pour le scénario 3</i>	28
Scénario 4 : Transmission communautaire des cas de COVID-19.....	30
<i>Tableau 8 : Recommandations pour les scénarios 4A et 4B</i>	30
<i>Tableau 9 : Stratégies supplémentaires par secteur pour le scénario 4</i>	33
Conclusion	34
Annexes	35
Annexe A : Composition du comité	35
<i>Tableau A1. Optimisation des soins grâce à des scénarios de transmission de la COVID-19</i>	35
Annexe B : Échantillon de mesures du système de santé.....	37
<i>Tableau B2 : Exemples de mesures du système de santé</i>	37
Annexe C : Modèle de directives pour la fourniture de soins non liés à la COVID pendant la pandémie de COVID-19.....	39
Références	40

Introduction

Le présent document a été élaboré par le Comité de lutte contre la COVID-19 : optimisation des soins grâce à des scénarios de transmission de la COVID-19, présidé par le Dr Chris Simpson (voir l'annexe A pour la liste complète des membres du comité). Le présent document fournit un ensemble de recommandations fondées sur des principes qui s'inspirent des leçons apprises de la première vague de la pandémie de COVID-19 pour garantir la poursuite des soins aux patients/clients lors des vagues futures, notamment :

- Patients/clients atteints de COVID-19
- Patients/clients ayant des besoins de soins de santé non liés à la COVID
- Patients/clients susceptibles d'avoir été touchés par un retard ou un report des soins pendant la première vague de la pandémie de COVID-19

Pour ce faire, le comité s'est concentré sur la détermination des possibilités d'optimiser la prestation des soins au niveau régional, ainsi qu'entre les secteurs du système de santé (soins hospitaliers [soins actifs et de réadaptation], soins ambulatoires, soins primaires, et soins à domicile et communautaires).

Le comité reconnaît que les secteurs des soins de santé diffèrent considérablement en termes de surveillance et de responsabilité, alors que le ministère de la Santé exerce une surveillance et entretient des relations de financement direct avec les médecins et la majorité des acteurs des soins primaires. Le comité reconnaît également que ces secteurs de la santé diffèrent dans la façon dont ils fournissent des soins aux patients et aux clients, ce qui peut se traduire par des différences dans la façon dont ils mettent en œuvre leurs plans dans chaque scénario de transmission de la COVID-19. Les recommandations de haut niveau fournies dans le présent document peuvent être appliquées à tous les établissements et prestataires de soins de santé, quelles que soient leurs différences. Bien que leur portée ne soit pas explicite, les recommandations fournies dans le présent document peuvent également être utilisées par d'autres groupes tels que les établissements de santé indépendants, les lieux non hospitaliers, l'optométrie et les services de réadaptation (cette liste n'est pas exhaustive).

Avec les comités directeurs régionaux/sous-régionaux pour la COVID-19, les établissements et les prestataires de soins de santé sont encouragés à collaborer à la planification et à la gestion de la prestation des services de soins de santé dans le cadre de chaque scénario de transmission. En plus de ces recommandations, des orientations sectorielles spécifiques peuvent être fournies par d'autres groupes, tels que le Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances ou le ministère des Soins de longue durée.

Planification des futures vagues de COVID-19

Au début de la pandémie de COVID-19, la directive n°2 (publiée le 19 mars 2020) visant à préserver la capacité de prise en charge des patients/clients atteints de COVID-19 stipulait que « tous les services non essentiels et électifs devraient être supprimés ou réduits au minimum ». ¹ Comme il se doit, les prestataires de tous les secteurs de la santé ont pu réduire rapidement les soins programmés. La première vague de la pandémie s'étant stabilisée, la directive n°2 a été modifiée le 26 mai 2020 ¹ pour soutenir le redémarrage progressif de tous les services différés et non essentiels et électifs, et s'est accompagnée des [Exigences opérationnelles liées à la COVID 19 : Reprise du secteur de la santé](#) du ministère de la Santé pour guider la reprise des services. ² Les comités directeurs régionaux/sous-régionaux pour la COVID-19, les établissements et les prestataires ont travaillé activement à la reprise

de la prestation de soins et réfléchissent aux leçons apprises depuis le 19 mars 2020 afin de planifier d'autres éventuelles vagues de la pandémie.

Depuis le début de la première vague de la pandémie, on a eu le temps de planifier des soins optimisés pour les futures urgences. Par exemple, la sécurité de la chaîne d'approvisionnement en équipements de protection individuelle (EPI) a été améliorée, et il y a des processus actualisés en place pour coordonner la distribution des EPI. Les politiques de masquage universel dans de nombreux établissements de soins de santé contribuent à prévenir la propagation de la COVID-19 parmi le personnel, les patients/clients et les partenaires de soins/proches aidants. La plupart des établissements de soins de santé (y compris les soins primaires et les soins à domicile et les soins communautaires) peuvent désormais prendre en charge les soins aux patients/clients d'une manière qui n'était pas possible en toute sécurité au début de la pandémie.

Les prochaines vagues et l'automne 2020 apporteront de nouveaux défis qui n'étaient pas présents lors de la première vague au printemps 2020. Par exemple, pendant l'année scolaire, le début de la saison de la grippe et le retard potentiellement croissant des services de soins de santé sont autant de facteurs nouveaux dans la poursuite de la pandémie de COVID-19. La planification et la réponse à la pandémie ont débuté et sont brièvement décrites ci-dessous.

Planification et réponse intégrées des capacités provinciales et régionales

Aux niveaux provincial et régional, des plans de capacité intégrés sont en cours d'élaboration. Ceux-ci intègrent des stratégies visant à maintenir les soins aux patients pendant la prochaine vague de pandémie. La planification peut inclure l'extension de la capacité des centres d'évaluation, le soutien aux soins virtuels ou à d'autres programmes spéciaux, l'utilisation d'une approche régionale pour optimiser les ressources humaines en matière de santé (RHS) et la mise en œuvre de zones protégées contre la COVID-19. Le ministère de la Santé a publié son [plan de préparation à l'automne pour la santé, les soins de longue durée et l'éducation](#) et travaille en interne avec d'autres ministères pour mettre au point des mesures d'évaluation et d'atténuation des risques (par exemple, le système de santé, les soins de longue durée, l'éducation, les mesures correctives).

La planification et la réponse provinciales doivent tenir compte du fait que certaines régions de l'Ontario ont connu une prévalence plus élevée de COVID-19 que d'autres. Pour remédier aux répercussions de ce déséquilibre sur les services de soins de santé et le bien-être des communautés dans les « points chauds » de COVID-19 de l'Ontario, les outils provinciaux suivants pourraient être envisagés pour aider à réduire l'inégalité : fourniture ciblée de financement supplémentaire (ou d'allègement des exigences de financement), ajout ciblé de nouveaux services et déploiement d'actifs provinciaux pour alléger les fournisseurs de services.

Planification et réponse des hôpitaux

Les hôpitaux utilisent les recommandations fournies dans le document de Santé Ontario intitulé [Une approche prudente pour la planification des opérations et interventions chirurgicales durant la COVID-19](#)³ pour planifier soigneusement la reprise des chirurgies et des procédures prévues, en travaillant en collaboration avec leurs régions/sous-régions tout en assurant la préparation à d'éventuelles futures vagues de COVID-19. Les stratégies de préparation d'éventuelles futures vagues comprennent ce qui suit : réserver au moins 10 % de la capacité d'urgence des lits d'hospitalisation médicale, chirurgicale et

de soins intensifs (ou veiller à ce que cette capacité puisse être mise à disposition dans les 48 heures); confirmer que les fournitures essentielles sont en stock et disponibles (y compris les EPI, les ressources pour le dépistage de la COVID-19 et les médicaments); et intégrer les considérations relatives aux RHS dans les plans de crise qui prévoient une certaine souplesse pour soutenir les soins urgents et émergents, ainsi qu'un soutien continu aux soins de longue durée.

Planification et réponse en matière de soins ambulatoires, de soins primaires et de soins à domicile et communautaires

Santé Ontario a également fourni des [Recommandations pour la prestation de soins de santé régionaux durant la pandémie de COVID-19 : soins aux patients externes, soins primaires et soins à domicile et en milieu communautaire](#),⁴ qui ont défini les principaux critères de planification pour accroître les activités de soins dans ces cadres. Les principales stratégies sont les suivantes : maximiser les services de soins virtuels qui réduisent de manière appropriée les visites en personne; appliquer les mesures de protection contre les infections (PCI) pour les soins en personne; garantir la disponibilité d'EPI appropriés; et évaluer les RHS nécessaires pour accroître l'activité de soins.

Hypothèses de base

Certaines des leçons apprises de la première vague de la pandémie de COVID-19 sont intégrées dans les hypothèses énumérées ci-dessous et encadrent les recommandations formulées dans le présent document :

- Lors d'une future vague de pandémie, les soins continueront d'être dispensés à tous les types de patients/clients, y compris ceux qui sont atteints de COVID-19 et ceux qui ne le sont pas
- Dans tous les secteurs : services d'urgence et les soins urgents ne doivent pas être différés (par exemple, chirurgie urgente, assistance aux activités de la vie quotidienne dans la communauté)
- La fourniture de services suivra une approche équitable et centrée sur le patient, garantissant que les patients/clients sont soutenus dans tout le continuum de soins, et que les partenaires de soins/proches aidants restent partie intégrante de l'équipe de soins⁵⁻⁷
 - Les partenaires de soins se distinguent des visiteurs occasionnels. Dans le présent document, les partenaires de soins ou les proches aidants sont des membres de la famille, des amis, des voisins, des collègues ou des membres de la communauté désignés par le patient pour fournir un soutien, une assistance et des soins personnels, sociaux, psychologiques et physiques critiques et souvent continus à des personnes ayant besoin d'un soutien en raison de leur fragilité, d'une maladie, d'une maladie dégénérative, d'un handicap physique, cognitif ou mental ou de circonstances de fin de vie
- Un niveau accru de surveillance, de coordination et de souplesse au niveau régional/sous-régional est nécessaire dans un avenir prévisible, car il existe une incertitude quant à la durée et à l'étendue des futures vagues de la pandémie de COVID-19 et d'autres facteurs de confusion (par exemple, la saison de la grippe)
- Les changements apportés aux activités de soins (y compris l'augmentation et la diminution de l'activité) seront asymétriques entre les établissements et les régions en fonction de leur contexte local (par exemple, épidémiologie locale de la COVID-19, RHS, mesures de santé publique)

- Les divers secteurs du système de soins de santé sont interdépendants, et un changement dans une partie du continuum de soins peut affecter la prestation des soins dans d'autres. Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs déterminants pour toutes les conséquences de la pandémie sur nos communautés, et une collaboration accrue est donc nécessaire entre les services sociaux et de santé et les services municipaux et provinciaux
- La protection de la santé et de la sécurité des patients/clients, des travailleurs de la santé et de la communauté reste primordiale pour toute la prestation des services, y compris l'accélération des services afin de réduire l'arriéré. Cela inclut le maintien du bien-être du personnel et l'utilisation de mesures de santé publique appropriées, telles que l'éloignement sanitaire, les protocoles de dépistage de la COVID-19 et les EPI
- Les établissements et les prestataires de soins de santé seront de bons gestionnaires des ressources disponibles, y compris les EPI
- Le dépistage, la recherche des contacts et l'isolement (si indiqué) se poursuivront de manière appropriée
- Les considérations liées à l'équité en matière de santé et la nécessité de protéger les populations vulnérables seront abordées

Principes directeurs en matière d'éthique

Les recommandations fournies dans le présent document s'alignent sur les principes éthiques suivants pour guider la planification pendant la pandémie de COVID-19, bien qu'il soit reconnu que certains principes seront en conflit avec d'autres (par exemple, l'équité par rapport à l'utilité) :

- **Proportionnalité** : Pour réduire le nombre de personnes touchées, veiller à ce que les décisions de réduire/différer les soins ne dépassent pas ce qui est nécessaire pour faire face à l'augmentation de la demande, et les décisions de reprendre/accélérer les soins devraient être proportionnelles à la réduction de l'urgence.
- **Non-malfaisance** : Les décisions doivent s'efforcer de limiter les dommages dans la mesure du possible. Il faut pour cela tenir compte des avantages et des charges différents pour les patients/clients et les populations de patients/clients, et veiller à ce que des alternatives pour traiter et soulager la douleur et la souffrance soient disponibles.
- **Équité** : L'équité exige que toutes les personnes appartenant aux mêmes catégories (par exemple, les niveaux d'urgence) soient traitées de la même manière, sauf s'il existe des différences pertinentes. La durée des listes d'attente et les annulations préalables doivent être prises en considération lors de l'établissement de la priorité des soins. Les décideurs doivent s'efforcer de trouver un équilibre entre les besoins des patients atteints de COVID-19 et des patients/clients non atteints de COVID-19 et le traitement rapide d'autres maladies et affections. Ce principe reconnaît également qu'il existe des populations très vulnérables (par exemple, les personnes économiquement défavorisées, les sans-abri, les Autochtones, les travailleurs migrants, les populations racialisées) qui auront besoin de ressources spécifiques pour assurer un accès équitable aux services de soins de santé liés à la COVID-19.

- **Réciprocité** : Certains patients/clients, populations de patients/clients et travailleurs de la santé seront particulièrement accablés par la capacité limitée de notre système de santé en raison de la COVID-19. Les patients/clients doivent pouvoir faire l'objet d'un suivi de leur santé, recevoir des soins appropriés et être réévalués pour les services d'urgence, le cas échéant.
- **La solidarité** : Il est entendu que les divers secteurs de notre système de soins de santé sont interdépendants et doivent s'appuyer les uns sur les autres pour atteindre des objectifs communs (par exemple, réduire la mortalité et la morbidité de l'ensemble de la population).
- **Utilité** : Les décisions sont prises dans le but d'obtenir le meilleur pour le plus grand nombre.

Cadre des scénarios de transmission

Le présent document a adapté les quatre scénarios de transmission de la COVID-19 de l'Organisation mondiale de la santé pour servir de cadre autour duquel structurer ces recommandations.^{8,9} Ces scénarios doivent être utilisés à titre d'orientation générale, car toutes les situations n'entrent pas dans chacune de ces catégories. Comme les régions/sous-régions connaissent différents scénarios de transmission (en fonction de l'épidémiologie locale), elles doivent ajuster et adapter leurs actions pour maximiser en toute sécurité la prestation des services de soins de santé pendant la pandémie de COVID-19. Les régions/sous-régions feront probablement des allers et retours entre les quatre scénarios de transmission tout au long de la pandémie. Les quatre scénarios de transmission et les objectifs du système de santé pour chaque scénario sont résumés dans le tableau 1. Veuillez consulter la figure 1 pour obtenir un guide de référence rapide des objectifs et des recommandations pour chaque scénario.

Tout au long de ce document, le « maintien » des services fait référence au maintien des niveaux de service existants sans augmentation ou diminution des activités qui auront un impact sur la capacité. « Reprendre » les soins signifie augmenter les services pour revenir aux niveaux d'avant la pandémie, et « accélérer » les services signifie augmenter les services au-dessus des niveaux d'avant la pandémie pour aider à réduire le retard des soins différés des vagues précédentes de la pandémie.

Tableau 1. Description et objectifs du système de santé pour chaque scénario de transmission de la COVID-19⁸

Scénario	Description	Objectifs du système de santé†
1. Aucun cas	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun cas actif déclaré 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter la transmission et prévenir la propagation • Reprendre/accélérer* les services de soins de santé • Soutenir la participation des partenaires de soins à la prestation de soins**
2. Cas sporadiques	<ul style="list-style-type: none"> • Un ou plusieurs cas, importés ou contractés localement 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter la transmission et prévenir la propagation • Reprendre/accélérer* les services de soins de santé • Soutenir la participation des partenaires de soins à la prestation de soins**

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 1. Description et objectifs du système de santé pour chaque scénario de transmission de la COVID 19 (a continué)






Scénario	Description	Objectifs du système de santé†
3. Groupes de cas	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des cas de transmission locale sont liés à des chaînes de transmission Peut être regroupé en fonction du temps, de l'emplacement géographique et/ou de l'exposition commune 	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter la transmission et prévenir la propagation Maintenir les services de soins de santé, les reprendre/accélérer* si la capacité et les ressources du système sont adéquates (par exemple, RHS et EPI) Soutenir la participation des partenaires de soins à la prestation de soins**
4. Transmission communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Les grandes éclosions de transmission locale, définies par une évaluation des facteurs, notamment (mais pas exclusivement) : <ul style="list-style-type: none"> Un grand nombre de cas ne peuvent être liés à des chaînes de transmission Augmentation du pourcentage de tests positifs parmi le nombre total de tests Plusieurs groupes de cas non liés dans plusieurs zones de la région/sous-région 	<ul style="list-style-type: none"> Ralentir la transmission, réduire le nombre de cas et mettre fin aux éclosions communautaires
A. Modérée		<p>A. Modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> Modifier les services hospitaliers de soins actifs programmés en fonction des ressources disponibles et selon des paramètres clés Maintenir/reprendre/accélérer* les autres services de soins de santé afin de garantir une capacité adéquate de prise en charge des patients atteints de COVID-19 Maintenir, si possible, la priorité accordée aux services de santé sensibles au facteur temps Soutenir la participation des partenaires de soins à la prestation des soins conformément aux politiques en prévention et contrôle des infections (PCI)**
B. Répandue		<p>B. Répandue</p> <ul style="list-style-type: none"> Reporter les services hospitaliers de soins actifs programmés en fonction des ressources disponibles et selon des paramètres clés Maintenir/reprendre/accélérer* les autres services de soins de santé afin de créer la capacité de prendre en charge les patients atteints de COVID-19 Soutenir la participation des partenaires de soins à la prestation des soins conformément aux politiques en prévention et contrôle des infections (PCI)**

†Soumis aux futures directives et/ou aux modifications des directives existantes du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario.

*L'accélération des services peut inclure l'augmentation des services au-delà des volumes de base pour traiter le retard des soins reportés à cause des vagues précédentes de la pandémie. Même dans le cadre de l'accélération des services, les hôpitaux doivent réserver au moins 10 % de la capacité d'urgence des lits d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de soins intensifs (ou veiller à ce que cette capacité puisse être mise à disposition dans les 48 heures).

**Les directives relatives à la présence des partenaires de soins dépendent de l'épidémiologie locale et du statut de l'éclosion (par exemple, s'il y a une éclosion à l'hôpital ou dans la communauté, les directives relatives à la présence des partenaires de soins peuvent changer, conformément aux politiques de prévention et de contrôle des infections pour ce lieu spécifique).

Figure 1 : Référence rapide des objectifs et recommandations pour chaque scénario de transmission de la COVID 19

	 Scénario 1 : Aucun cas	 Scénario 2 : Cas sporadiques	 Scénario 3 : Groupes de cas	 Scénario 4A : Transmission communautaire modérée	 Scénario 4B : Transmission communautaire largement répandue
Optimiser les objectifs en matière de soins	<ul style="list-style-type: none"> Reprendre/accélérer les services de soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Reprendre/accélérer les services de soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir les services de soins de santé Reprendre/accélérer si les capacités et les ressources du système sont adéquates 	<ul style="list-style-type: none"> Modifier les services hospitaliers de soins actifs programmés en fonction des ressources et des principaux paramètres Maintenir/repandre/accélérer les autres soins afin de garantir une capacité adéquate pour les patients atteints de COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> Reporter les services hospitaliers de soins actifs programmés en fonction des ressources et des principaux paramètres Maintenir/repandre/accélérer les autres soins afin de créer une capacité adéquate pour les patients atteints de COVID-19
Comités directeurs régionaux ou sous-régionaux	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer le scénario de transmission de la COVID-19 Surveiller les mesures du système de santé Coordonner avec les établissements de soins de santé, les prestataires et les secteurs extérieurs aux soins de santé pour optimiser les capacités et maintenir les services de soins; optimiser les ressources humaines en santé (RHS) dans toute la région; protéger les populations vulnérables; renforcer les programmes de vaccination; soutenir une communication cohérente 				
Tous les secteurs	<ul style="list-style-type: none"> Reprendre/accélérer les soins programmés Normaliser les améliorations des processus Renforcer les partenariats Préparer des plans d'urgence (pour optimiser la capacité et les RHS, protéger les populations vulnérables et actualiser les directives relatives à la présence des visiteurs) pour tous les scénarios de transmission Renforcer les programmes d'immunisation 	<ul style="list-style-type: none"> Reprendre/accélérer les soins programmés Préparer des plans d'urgence Gérer la COVID-19 Renforcer les programmes d'immunisation 	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir/accélérer les soins programmés Mettre en œuvre et améliorer les plans d'urgence Gérer la COVID-19 Renforcer les programmes d'immunisation 	<ul style="list-style-type: none"> Privilégier les soins urgents programmés Développer les plans de relance 	<ul style="list-style-type: none"> Reporter les soins prévus si nécessaire Intensifier les plans d'urgence
	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser les soins virtuels Surveiller les mesures du système de santé Soutenir la participation des partenaires de soins Normaliser les communications Formation en PCI 				
Soins en milieu hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> Revoir et redéfinir les priorités des listes d'attente S'attaquer aux retards dans les soins de santé Revoir les plans d'urgence Prévoir des services protégés de la COVID, si possible Rafraîchir la politique relative aux visiteurs Réduire les tests et les traitements inutiles 		<ul style="list-style-type: none"> Créer des capacités Collaborer avec les soins primaires et les soins à domicile et communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Donner la priorité aux interventions chirurgicales et procédures urgentes Envisager de reporter les interventions chirurgicales et procédures non urgentes Mettre en œuvre des services protégés de la COVID, si possible 	
Soins primaires et soins ambulatoires en dehors de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer les services à privilégier pour les soins en personne Réduire les tests et les traitements inutiles Déterminer les ressources nécessaires pour soutenir les services dans chaque scénario 		<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les capacités et fixer des priorités appropriées en matière de soins Collaborer avec les hôpitaux et les soins à domicile et communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les capacités et fixer des priorités appropriées en matière de soins Collaborer avec les hôpitaux et les soins à domicile et communautaires 	
Soins à domicile et communautaires	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer les ressources nécessaires pour soutenir les services dans chaque scénario 		<ul style="list-style-type: none"> Assurer la continuité des services Équipes de soins de cohorte 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la continuité des services 	

Recommandations pour les comités directeurs régionaux et sous-régionaux pour la COVID-19

Compte tenu des différences régionales dans l'épidémiologie de COVID-19, et conformément aux recommandations précédentes de Santé Ontario, une approche régionale ou sous-régionale devrait être adoptée pour optimiser les soins.

Avec des représentants de la santé publique locale, les comités directeurs régionaux/sous-régionaux pour la COVID-19 devraient déterminer quel scénario de transmission la région/sous-région connaît, et reconnaître quand la population peut passer d'un scénario à l'autre. Ils doivent également reconnaître quand des populations géographiquement isolées au sein de sous-régions (par exemple, dans de nombreuses régions du nord de l'Ontario) peuvent passer d'un scénario à l'autre.

Les comités directeurs régionaux/sous-régionaux pour la COVID-19 jouent un rôle clé dans la réalisation des objectifs du système de santé des scénarios de transmission pour la région/sous-région. Une liste complète des recommandations pour la planification des scénarios à l'intention des comités régionaux/sous-régionaux pour la COVID-19 est présentée dans le tableau 2. Des exemples de collaboration régionale sont présentés dans la boîte à idées 1.

Tableau 2 : Recommandations pour la planification des scénarios pour les comités directeurs régionaux/sous-régionaux pour la COVID-19

Recommandation	Description
Déterminer le scénario de transmission régional/sous-régional de la COVID-19 en temps utile	<ul style="list-style-type: none"> • Avec les unités locales de santé publique, examiner les tendances des indicateurs épidémiologiques locaux afin de déterminer le scénario de transmission de la COVID-19 d'une région <ul style="list-style-type: none"> ○ Les indicateurs peuvent inclure le nombre total ou cas de COVID-19 pour 100 000, le pourcentage de cas de COVID-19 confirmés qui ne présentent pas de lien épidémiologique et le nombre de groupes d'éclosions (voir l'annexe B pour les paramètres de l'échantillon) • Établir des canaux de communication réguliers pour informer les établissements de soins de santé, les prestataires et d'autres parties prenantes clés lorsque les régions/sous-régions passent d'un scénario de transmission à l'autre
Surveiller les mesures du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir régulièrement les mesures d'utilisation des soins de santé afin d'éclairer la prise de décision régionale/sous-régionale pour soutenir les réponses des établissements et des prestataires de soins de santé à un scénario émergent (voir l'annexe B pour un exemple de mesures). Cela comprend la surveillance des fournitures essentielles (par exemple, les EPI, les médicaments)

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 2 : Recommandations pour la planification des scénarios pour les comités directeurs régionaux/sous-régionaux pour la COVID-19 (a continué)

Recommandation	Description
<p>Coordonner avec les établissements de soins de santé, les prestataires et les secteurs extérieurs aux soins de santé</p>	<p>Collaborer les établissements et les prestataires de soins de santé dans tout le continuum des soins (ainsi que les équipes régionales de la chaîne d'approvisionnement et les secteurs extérieurs aux soins de santé) et les consulter afin de faciliter une réponse intégrée à chaque scénario de transmission. Faire remonter les risques à la direction de Santé Ontario, le cas échéant. Les considérations spécifiques sont exposées ci-dessous :</p> <p><u>Optimiser les capacités et maintenir les services de soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Envisager une approche régionale pour optimiser le flux de patients pendant la propagation communautaire et transférer les soins vers les établissements/prestataires qui sont moins touchés par la COVID-19 • Intégrer les équipes Santé Ontario (ESO) dans l'approche régionale et soutenir les ESO actives et en développement dans leur planification liée à la COVID-19 • Aider à coordonner les partenaires du système (par exemple, les hôpitaux, les unités de santé publique et Santé publique Ontario) pour soutenir les soins primaires, les médecins spécialistes exerçant dans la communauté et les fournisseurs de services de santé communautaires (par exemple, les soins à domicile, les soins de fin de vie, les organismes de services de soutien communautaire) afin qu'ils soient en mesure de maintenir les services • Assurer la coordination avec les secteurs extérieurs aux soins de santé. Les partenaires peuvent inclure les services paramédicaux, le système d'enseignement, les municipalités et les services correctionnels <p><u>Optimiser les RHS dans toute la région</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les RHS aient la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins urgents dans tous les secteurs (par exemple, redéploiement des médecins et des infirmières dans les centres d'évaluation) • Optimiser les RHS dans les soins à domicile et les soins communautaires pour permettre une sortie précoce et soutenue de l'hôpital • Assurer des communications cohérentes sur les directives et plans pertinents en matière de RHS aux établissements et prestataires de soins de santé, ainsi qu'aux groupes représentatifs (par exemple, syndicats, associations professionnelles) • Assurer une communication cohérente avec les actifs des organismes provinciaux (par exemple, Santé Ontario-Professions Santé Ontario, services de jumelage des effectifs), selon les besoins

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 2 : Recommandations pour la planification des scénarios pour les comités directeurs régionaux/sous-régionaux pour la COVID-19 (a continué)

Recommandation	Description
<p>Coordonner avec les établissements de soins de santé, les prestataires et les secteurs extérieurs aux soins de santé (a continué)</p>	<p><u>Optimiser les RHS dans toute la région (a continué)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir l'accès opportun au dépistage pour tous les travailleurs de la santé qui développent des symptômes ou qui doivent subir un test de retour au travail en toute sécurité <p><u>Protéger les populations vulnérables</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux établissements et aux équipes de soins de santé de disposer des capacités et des ressources nécessaires (par exemple, dépistage opportun, soutien en PCI) pour soutenir les populations vulnérables et celles qui sont touchées de manière disproportionnée par la COVID-19 et les conséquences des mesures de santé publique (par exemple, augmentation du chômage) • Soutenir la coordination des services de soins de santé avec les municipalités et les services de logement, d'éducation, de santé publique et autres pour répondre aux besoins des populations vulnérables <p><u>Renforcer les programmes d'immunisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir de manière proactive un programme coordonné de vaccination contre la grippe dans la région et les sous-régions <p><u>Soutenir une communication cohérente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diffuser les orientations/recommandations provinciales de manière appropriée • Communiquer avec les patients/clients, les partenaires de soins et le public en utilisant des messages normalisés. Envisager de créer un modèle qui peut être alimenté localement et affiché de manière centralisée (par exemple en ligne). Idéalement, les renseignements partagés avec les patients/clients et les partenaires de soins devraient être cohérents, quel que soit le lieu où ils accèdent aux soins • Collaborer avec les services de santé publique locaux pour assurer l'harmonisation de la communication sur les mesures de santé publique en ce qui concerne les soins de santé et d'autres secteurs (par exemple, le commerce de détail, l'hôtellerie) • Envisager d'utiliser divers canaux de communication (par exemple, la radio FM, les journaux, les médias sociaux, les associations professionnelles) pour communiquer les messages clés aux fournisseurs et au public

Boîte à idées 1 : Exemples de collaboration régionale

Cela pourrait-il fonctionner dans votre région?

Coordination régionale du flux de patients - Région de l'Est de Santé Ontario

En mars 2020, la région de l'Est de Santé Ontario a commencé à collaborer pour créer la capacité de prendre en charge de manière appropriée les patients atteints de COVID-19. Pendant la première vague de la pandémie, les grands hôpitaux de soins actifs ont donné la priorité à la prestation de soins aux patients atteints de COVID-19, tandis que les petits hôpitaux communautaires et les hôpitaux pour les affections subaiguës ont admis des patients qui attendaient d'être placés dans des établissements de soins de longue durée. Il a fallu pour cela transférer les patients des grands hôpitaux de soins actifs vers des hôpitaux communautaires ou des hôpitaux pour les affections subaiguës. En outre, les établissements offrant des soins de convalescence qui acceptent généralement des patients en phase postopératoire de soins actifs ont également accepté des patients en attente de placement en soins de longue durée, puisque leur capacité augmentait à mesure que les soins programmés diminuaient. Lorsque les établissements de soins de longue durée ont pu reprendre leurs activités normales, les patients en attente dans les hôpitaux communautaires, les soins subaigus et les soins de convalescence ont été les premiers admis, ce qui a permis de reprendre rapidement les activités dans ces établissements.

Normalisation de la communication avec les prestataires - Région de l'Ouest de Santé Ontario -

La Région de l'Ouest de Santé Ontario comprend près de 2 300 prestataires de services de santé, partenaires et parties prenantes qui avaient besoin de mises à jour régulières et factuelles concernant l'équipement de protection individuelle (EPI), les éclosions, les derniers chiffres de la COVID-19, les directives et les conseils du Ministère. Un dépôt de documents en ligne a été mis en place pour que ces communications puissent être facilement retrouvées dans un lieu central. De plus, afin d'assurer des communications normalisées et actualisées dans toute la région, l'équipe d'intervention pour la COVID-19 a décidé d'organiser des réunions hebdomadaires ou bihebdomadaires sur Internet avec tous les prestataires, partenaires et parties prenantes pour partager les rapports de situation du Centre des opérations d'urgence, les documents d'orientation du Ministère et d'autres documents pertinents.

Exploiter les approches régionales et interrégionales utilisées par les services de chirurgie du cancer

Les services de chirurgie du cancer en Ontario ont une vaste expérience du transfert des patients d'une région à l'autre pour leur traitement. Cette expérience pourrait être mise à profit pour soutenir approches interrégionales de création de capacités pendant la COVID-19. Par exemple, le programme d'oncologie chirurgicale d'Action cancer Ontario de Santé Ontario a mis au point un processus virtuel de réorientation/renvoi (comprenant des principes et des procédures), pour aider à orienter ou à reporter les soins des patients atteints de cancer vers d'autres centres de traitement lorsque leur établissement d'origine ne peut plus fournir de soins (par exemple, s'ils ont des problèmes de RHS). Ce modèle pourrait être envisagé dans des scénarios de transmission communautaire de la COVID-19, de sorte que si les hôpitaux des régions plus touchées par la COVID-19 dépassent leur capacité, les patients pourraient être transférés vers des hôpitaux hors région pour assurer la prise en charge de tous les patients en temps voulu.

Recommandations aux établissements et aux prestataires de soins de santé par scénario de transmission

Pour chacun des scénarios de transmission de la COVID-19, un ensemble de recommandations applicables à tous les secteurs est fourni. Le cas échéant, des recommandations pour des secteurs de santé spécifiques sont également présentées dans certains scénarios.

Les établissements et les prestataires de soins de santé doivent être prêts à répondre à l'évolution des tendances épidémiologiques et à collaborer avec leur région/sous-région et leurs partenaires locaux pour répondre à chaque scénario.

Scénario 1 : Aucun cas de COVID-19

Les recommandations générales pour le scénario 1 sont décrites dans le tableau 3.

Tableau 3 : Recommandations pour le scénario 1

Scénario 1 (aucun de cas de COVID-19)	
Description	<ul style="list-style-type: none"> Aucun cas actif déclaré
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter la transmission et prévenir la propagation Reprendre/accélérer les services de soins de santé Soutenir la participation des partenaires de soins à la prestation de soins
Recommandation	Description
<p>Reprendre/accélérer les services de soins de santé programmés</p> <p>Utiliser les soins virtuels (y compris la télémédecine)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reprendre/accélérer les services de soins de santé programmés qui ont été reportés en raison des vagues/scénarios de transmission précédents (par exemple, les interventions chirurgicales et procédures hospitalières, les vaccinations des adultes dans le cadre des soins primaires). Penser à ce qui suit lors de la reprise ou de l'accélération des soins : <ul style="list-style-type: none"> Minimiser l'impact sur les résultats globaux en matière de santé (par exemple, le dépistage du cancer) Privilégier les visites en personne pour ceux qui en bénéficient le plus (par exemple, lorsque des examens physiques sont nécessaires) Continuer à fournir des soins virtuels, le cas échéant¹⁰ Maintenir l'état de préparation pour traiter les patients atteints de COVID-19 (par exemple, la capacité de créer rapidement une capacité pour les patients atteints de COVID-19, ou la capacité d'offrir rapidement des soins virtuels supplémentaires, le cas échéant)
Normaliser les améliorations des processus	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer les nouveaux processus de la première vague qui devraient être maintenus (c'est-à-dire les améliorations de la prestation des soins qui devraient être poursuivies)

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 3 : Recommandations pour le scénario 1 (a continué)

Recommandation	Description
Renforcer les partenariats	<ul style="list-style-type: none"> • Tirer parti des partenariats des équipes actives Santé Ontario ou d'autres tables et infrastructures partenaires existantes • Engager des discussions préliminaires au sein des secteurs de la santé et entre eux afin de planifier ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Modification du flux de patients pendant la propagation communautaire de la COVID-19 afin d'augmenter la capacité globale. Commencer par cartographier les schémas de flux/référencement des patients entre les centres d'évaluation, les services d'urgence, les soins aux patients hospitalisés, les soins pédiatriques, les soins de longue durée, les soins primaires et les soins à domicile et communautaire afin de déterminer où les soins peuvent être déplacés ○ Fournir des soutiens essentiels aux secteurs les plus susceptibles d'être gravement touchés lors d'une transmission répandue (par exemple, soutien hospitalier pour les établissements de soins de longue durée et les soins primaires, et soutiens aux soins à domicile et communautaires pour les personnes fragiles vivant dans la communauté) • Envisager des partenariats en dehors du secteur de la santé (par exemple, dans le domaine des soins paramédicaux, de l'éducation, des municipalités, des services correctionnels, de certaines grandes industries). Voir la boîte à idées 2 pour des exemples de partenariats
Préparer des plans d'urgence	<p>Préparer des plans d'urgence pour les scénarios de transmission 2, 3 et 4, en intégrant les leçons apprises de la vague 1. Les stratégies à prendre en considération dans ces plans sont décrites ci-dessous :</p> <p><u>Optimiser les capacités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dresser une liste des services de santé prévus (et de leurs besoins en ressources connexes) qui pourraient être réduits, reportés ou modifiés afin de guider les actions dans un scénario de transmission communautaire (p. ex., redéploiement du personnel, voir l'annexe C pour des exemples de lignes directrices sur la prestation de soins non liés à la COVID pendant la pandémie de COVID-19) • Comprendre les ressources nécessaires pour maintenir les soins à délai critique et informer les actions dans un scénario de transmission communautaire • Prendre en compte l'impact des politiques et des procédures en prévention et contrôle des infections (PCI) lors de la planification des capacités (p. ex. assurer l'éloignement sanitaire dans l'espace disponible, les changements de personnel dans un lieu où des éclosions se produisent)

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 3 : Recommandations pour le scénario 1 (a continué)

Recommandation	Description
Préparer des plans d'urgence (<i>a continué</i>)	<p><u>Optimiser les RHS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Redéployer le personnel dans les zones où les besoins sont importants, avec un plan pour le rapatrier dans ses fonctions habituelles, le cas échéant • Avoir une politique claire de dépistage¹¹ et de test¹² de la COVID-19 pour le personnel qui soit alignée sur les documents d'orientation du Ministère. Accélérer le dépistage afin que les travailleurs puissent retourner au travail en toute sécurité et en temps opportun. Inclure un plan pour le dépistage/les tests du personnel lors de la reprise des cours et ce qu'il faut faire si les enfants du personnel sont malades • Créer un plan pour soutenir le bien-être des travailleurs de la santé à travers tous les scénarios de transmission <p><u>Protéger les populations vulnérables</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un plan pour protéger les populations vulnérables¹³ tout au long de la pandémie <p><u>Rafraîchir les directives relatives à la présence des visiteurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer une politique de présence des partenaires de soins sûre et centrée sur le patient⁵⁻⁷ • Créer un plan pour assurer un apprentissage continu pour les apprenants en contact avec le milieu clinique dans tous les scénarios de transmission, y compris la prise en considération d'une offre adéquate de PCI et d'EPI
Renforcer les programmes d'immunisation	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les vaccinations contre les maladies évitables, notamment la vaccination contre la grippe • Dans la mesure du possible, s'associer à d'autres pour l'administration des vaccins (par exemple, pharmacie, éducation, industrie)
Surveiller les mesures du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir régulièrement les mesures de la capacité de réaction afin d'éclairer la prise de décision (voir l'annexe B pour des exemples de mesures)
Soutenir la participation des partenaires de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure du possible, proposer des visites virtuelles aux patients/clients afin de mettre en relation d'autres membres de la famille/visiteurs occasionnels (même si des partenaires de soins sont présents) • Mettre en œuvre des directives relatives à la présence des partenaires de soins conformément aux politiques de contrôle des infections pour le lieu spécifique (c'est-à-dire répondre aux besoins des patients et aux exigences de PCI)

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 3 : Recommandations pour le scénario 1 (a continué)

Recommandation	Description
Normaliser les communications	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les communications normalisées avec les patients/clients, les partenaires de soins et le public. Les messages clés doivent comprendre des conseils sur ce qui suit <ul style="list-style-type: none"> ○ Des renseignements actualisés sur les modifications apportées aux établissements de soins pour chaque scénario de transmission (par exemple, protocoles de PCI, dépistage virtuel, directives concernant la présence des partenaires de soins) ○ Un comportement approprié en matière de soins pour chaque scénario <ul style="list-style-type: none"> ▪ Souligner que les services d'urgence sont ouverts et que des mesures de sécurité sont en place pour prendre en charge tous les patients nécessitant des soins d'urgence ▪ Souligner que les soins primaires, les soins à domicile, les soins communautaires restent disponibles • Le cas échéant, envisager d'utiliser un modèle régional/sous-régional. Dans la mesure du possible, faire appel aux comités consultatifs de patients et de familles pour adapter les messages au contexte local
Formation en prévention et contrôle des infections (PCI)	<ul style="list-style-type: none"> • Former/reformer le personnel en PCI (y compris l'utilisation des EPI), et mettre en œuvre les mesures de PCI pour prévenir ou limiter la transmission • Veiller à ce que des mesures d'éloignement sanitaire et d'autres précautions appropriées soient mises en place (par exemple, des zones de soins désignées pour la COVID-19)

Boîte à idées 2 : Exemple de partenariats et de collaboration intersectoriels

Cela pourrait-il fonctionner dans votre région?

Collaboration intersectorielle pour prévenir la propagation et protéger les populations de patients vulnérables - Région Nord de Santé Ontario

À Marathon, une petite communauté du nord, les hôpitaux, les soins primaires, les soins à domicile et les soins communautaires ont collaboré pour fonctionner comme un « centre » de soins local. Sur la base de ce modèle, une infirmière praticienne a été partiellement redéployée des soins primaires pour assurer la supervision de l'aile des soins chroniques de l'hôpital. Les médecins qui travaillaient dans le centre d'évaluation des urgences et de COVID-19 ne se sont pas « croisés » pour fournir des soins dans cette aile afin de prévenir la propagation éventuelle de la COVID-19 à la population de patients vulnérables. Les perfusions ambulatoires (remicade, venofer, IVIG) ont été déplacées hors de l'hôpital vers le cadre de la clinique de soins primaires, où elles ont été fournies par une infirmière diplômée détachée de l'hôpital. Le personnel infirmier de soins primaires a fourni des soins aux personnes vivant dans des logements de soutien pour personnes âgées avec le soutien virtuel de médecins.

Collaborations virtuelles pour soutenir les prestataires de soins primaires – SCOPE et eConsultation

[Seamless Care Optimizing the Patient Experience \(SCOPE\)](#) est une équipe de soins interprofessionnelle virtuelle partagée qui soutient les prestataires de soins primaires de la région du Grand Toronto qui ne sont pas affiliés à des équipes de soins de santé. Cela crée des connexions avec une équipe de soins virtuelle composée d'infirmières pivots, de conseillers en santé, de spécialistes, d'imagerie et de services communautaires en utilisant un point d'accès unique. Depuis son lancement en 2012, SCOPE a connu un grand succès, avec notamment un taux d'évitement des services d'urgence de 35 %. Lors de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19, SCOPE prévoit fournir des connexions rapides entre les prestataires de soins primaires et les ressources hospitalières pour soutenir la gestion de la pandémie de COVID-19 et de créer des liens entre les prestataires de soins primaires de la communauté et les prestataires hospitaliers pour maintenir l'accès aux soins pour les besoins de soins non liés à la COVID.

Le programme provincial [eConsultation](#) est un autre moyen pour les prestataires de soins primaires de l'Ontario d'avoir accès à des conseils de spécialistes sur la gestion de la COVID-19 et d'assurer un aiguillage approprié vers les soins hospitaliers pour d'autres affections.

Outre les recommandations générales pour le scénario 1 (tableau 3), des stratégies sectorielles visant à soutenir la reprise/l'accélération des services de soins de santé et à optimiser la participation des partenaires de soins sont décrites dans le tableau 4.

Tableau 4 : Stratégies supplémentaires par secteur pour le scénario 1

Recommandation	Description
Soins hospitaliers : Patients hospitalisés en soins aigus, patients hospitalisés en soins postactifs, patients ambulatoires	
Revoir et redéfinir les priorités des listes d'attente	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager des modalités de traitement alternatives tout aussi efficaces pour les patients qui réduiront la demande de lits d'hospitalisation (par exemple, une thérapie médicamenteuse pour les patients souffrant de fibrillation auriculaire, le cas échéant)
Utiliser les soins virtuels (y compris la télémedecine)	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à utiliser ou à mettre en œuvre les soins virtuels (par exemple, l'accès virtuel aux services d'urgence, les soins virtuels pour optimiser les interventions chirurgicales programmées)
S'attaquer aux retards dans les soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Si les capacités et les ressources le permettent, envisager d'accepter des patients hors région provenant de régions qui connaissent une transmission communautaire et/ou envisager une accélération sélective des soins urgents. Maintenir une communication régulière avec le comité directeur régional/sous-régional pour la COVID-19 pour soutenir ces efforts
Surveiller les mesures du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir régulièrement les mesures de la capacité de réaction afin d'éclairer la prise de décision. Les principaux paramètres sont les suivants (voir l'annexe B pour des paramètres supplémentaires) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Temps d'hospitalisation ○ % de lits de soins actifs occupés ○ % de lits d'unité de soins intensifs (USI) occupés ○ Nombre de jours d'approvisionnement en EPI ○ % de lits de soins alternatifs
Revoir les plans d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Les hôpitaux de soins actifs doivent revoir les plans d'urgence pour les soins intensifs liés à la COVID-19 • Les hôpitaux de soins actifs devraient assurer la capacité de créer rapidement une capacité de 10 % pour COVID-19 • Les hôpitaux de soins actifs doivent veiller à ce que les plans d'urgence incluent le maintien des pratiques de PCI (par exemple, l'éloignement sanitaire) dans le service des urgences
Planifier des services protégés contre la COVID	<ul style="list-style-type: none"> • Être prêt à mettre en place des services protégés contre la COVID (si possible)
Rafraîchir la politique relative aux visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Rafraîchir la politique relatives aux visiteurs conformément aux directives sur la présence des partenaires de soins pendant la pandémie de COVID-19^{5-7,14} Faire participer les comités consultatifs de patients et de familles

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 4 : Stratégies supplémentaires par secteur pour le scénario 1 (a continué)

Recommandation	Description
Soins hospitaliers : Patients hospitalisés en soins aigus, patients hospitalisés en soins postactifs, patients ambulatoires	
Réduire les tests et les traitements inutiles	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre les recommandations applicables de Choisir avec soin pour garantir la prestation de soins appropriés dans le cadre approprié et réduire les tests et traitements inutiles <ul style="list-style-type: none"> ○ Envisager de dresser une liste des services de soins de santé qui ne doivent pas être redémarrés¹⁵
Soins primaires et soins ambulatoires	
Déterminer les services à privilégier pour les soins en personne Utiliser les soins virtuels (y compris la télémédecine)	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des services en personne, le cas échéant. Passer en revue les services de votre cabinet afin d'évaluer quels sont les services à privilégier pour les soins en personne. Voici quelques exemples de lignes directrices : <ul style="list-style-type: none"> ○ Visites en personne lorsque la visite par téléphone/vidéo ne suffit pas, Collège des médecins de famille de l'Ontario ○ Plusieurs ressources du Centre for Effective Practice, y compris les opérations de soins primaires dans le contexte de la COVID-19 • Examiner le nombre de cas afin de détecter les soins manqués lors de la première vague et prévoir les soins qui devraient être dispensés dans les mois à venir (par exemple, contrôle du niveau des médicaments, scanners de la densité osseuse, suivi des échocardiogrammes), et s'assurer qu'ils sont effectués en temps utile¹⁶
Réduire les tests et les traitements inutiles	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre les recommandations applicables de Choisir avec soin pour la médecine familiale afin de garantir la prestation de soins appropriés et de réduire les tests et les traitements inutiles <ul style="list-style-type: none"> ○ Envisager de dresser une liste des services de soins de santé qui ne doivent pas être redémarrés¹⁵
Déterminer les ressources nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les ressources nécessaires pour soutenir les services dans chaque scénario. Chercher à obtenir une aide pour l'acquisition d'EPI par le biais du programme de soutien transitoire pour les EPI en cas de pandémie, selon les besoins
Soins à domicile et communautaires et services de soutien communautaire	
Reprendre/accélérer les soins programmés	<ul style="list-style-type: none"> • Reprendre et accélérer les services de soins à domicile et communautaires qui ont été déchargés, retardés ou reportés lors de la première vague

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 4 : Stratégies supplémentaires par secteur pour le scénario 1 (a continué)

Recommandation	Description
Soins à domicile et communautaires (a continué)	
Déterminer les ressources nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer les ressources nécessaires pour soutenir l'amélioration des soins à domicile et communautaires (par exemple, RHS, EPI). Collaborer avec votre région et les prestataires de services directs et les consulter pour élaborer un plan au cas où les hôpitaux auraient besoin de créer des capacités. Le cas échéant, chercher à obtenir une aide par le biais du programme de soutien transitoire pour les EPI en cas de pandémie, selon les besoins Déterminer les ressources nécessaires/élargies pour soutenir les soins de fin de vie dispensés à domicile par les organismes de prestataires de services de première ligne (par exemple, soins à domicile, centre de soins palliatifs). Collaborer avec d'autres personnes de votre région pour élaborer un plan

Scénario 2 : Cas sporadiques de COVID-19

Les recommandations générales pour le scénario 2 sont décrites dans le tableau 5.

Les stratégies sectorielles fournies dans le scénario 1 (tableau 4) doivent être poursuivies dans le scénario 2, en mettant l'accent sur la nécessité d'être prêt à réagir au cas où la transmission de COVID-19 passerait au scénario 3 (groupes de cas) ou au scénario 4 (transmission communautaire).

Tableau 5 : Recommandations pour le scénario 2

Scénario 2 (cas sporadiques de COVID-19)	
Description	<ul style="list-style-type: none"> Un ou plusieurs cas, importés ou contractés localement
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter la transmission et prévenir la propagation Reprendre/accélérer les services de soins de santé Soutenir la participation des partenaires de soins à la prestation de soins
Recommandation	Description
Reprendre/accélérer les soins programmés	<ul style="list-style-type: none"> Reprendre/accélérer les services de soins de santé programmés qui ont été reportés en raison des vagues/scénarios de transmission précédents (par exemple, les interventions chirurgicales et procédures hospitalières, les vaccinations des adultes dans le cadre des soins primaires).
Utiliser les soins virtuels (y compris la télémédecine)	<ul style="list-style-type: none"> Continuer à fournir des soins virtuels, le cas échéant (voir les boîtes à idées 3 et 4 pour des exemples de soins virtuels)

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 5 : Recommandations pour le scénario 2 (a continué)

Recommandation	Description
Préparer les plans d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer des évaluations rapides des capacités (par exemple, % de soins actifs, % de lits en soins intensifs, ressources humaines disponibles, nombre de jours d'approvisionnement de ressources matérielles [tel que de l'EPI]) • Se préparer à une éventuelle urgence
Gérer la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Gérer les patients atteints de COVID-19
Renforcer les programmes d'immunisation	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les immunisations contre les maladies évitables, y compris la vaccination contre la grippe
Surveiller les mesures du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir régulièrement les mesures de la capacité de réaction afin d'éclairer la prise de décision (voir l'annexe B pour des exemples de mesures)
Soutenir la participation des partenaires de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure du possible, proposer des visites virtuelles aux patients/clients afin de mettre en relation d'autres membres de la famille/visiteurs occasionnels (même si des partenaires de soins sont présents) • Mettre en œuvre des directives relatives à la présence des partenaires de soins conformément aux politiques de contrôle des infections pour le lieu spécifique (c'est-à-dire répondre aux besoins des patients et aux exigences de PCI)
Normaliser les communications	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les communications normalisées aux patients/clients, aux partenaires de soins et au public sur les comportements sécuritaires en matière de recherche de soins pour ce scénario
Formation en prévention et contrôle des infections (PCI)	<ul style="list-style-type: none"> • Former/reformer le personnel en PCI (y compris l'utilisation des EPI), et mettre en œuvre les mesures de PCI pour prévenir ou limiter la transmission

Boîte à idées 3 : Exemples de soins virtuels à domicile et de soins communautaires

Cela pourrait-il fonctionner dans votre établissement?

Soins virtuels dans les visites à domicile — *Closing the Gap Healthcare*

En sortant des sentiers battus, **Closing the Gap Healthcare** a utilisé la technologie pour aider à réduire le nombre de prestataires nécessaires pour entrer au domicile des clients. Par exemple, alors qu'une visite de physiothérapie à domicile nécessitait généralement un physiothérapeute et un assistant, les physiothérapeutes utilisent désormais la technologie vidéo pour guider les soins de réadaptation des patients/clients, évaluer les progrès et modifier virtuellement les plans de soins, tandis qu'un assistant en physiothérapie aide à la prestation de tout soin nécessaire en personne. En outre, les évaluations des appareils et équipements d'assistance au domicile des clients sont devenues virtuelles à la suite de la pandémie de COVID-19, et les thérapeutes ont signalé une amélioration de l'efficacité de ces évaluations virtuelles. Un avantage supplémentaire de l'évaluation au cours d'un appel vidéo virtuel est que les soignants et les vendeurs peuvent également participer.

Boîte à idées 4 : Exemples de soins virtuels en milieu hospitalier

Cela pourrait-il fonctionner dans votre établissement?

Rendez-vous virtuels aux urgences — *St. Joseph's Healthcare Hamilton*

Joseph's Healthcare Hamilton a introduit des [visites virtuelles](#) avec un médecin des urgences pour remédier à la baisse de fréquentation des urgences résultant de la crainte d'être exposé à la COVID-19. Pour les patients qui n'avaient pas de médecin de famille (ou qui ne pouvaient pas avoir accès au leur), cela constituait une autre option pour la communauté, et les adultes (18 ans et plus) pouvaient y accéder à partir de n'importe quel smartphone, tablette ou ordinateur.

Tournées virtuelles centrées sur la famille - *Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO)*

En réponse à la COVID-19, l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO) a créé [des tournées virtuelles centrées sur la famille](#) - une version virtuelle du processus interdisciplinaire traditionnel qui permet une prise de décision en connaissance de cause par la famille. Les patients, les soignants et toute l'équipe de soins de santé se rencontrent virtuellement (en utilisant la plateforme Zoom conforme à la LPRPS) pour effectuer des tournées quotidiennes. Cela permet au CHEO de continuer à fournir des soins de haute qualité, centrés sur la famille, tout en respectant l'éloignement sanitaire et en préservant les EPI.

Scénario 3 : Groupes de cas de COVID-19

Les recommandations générales pour le scénario 3 sont décrites dans le tableau 6.

Tableau 6 : Recommandations pour le scénario 3

Scénario 3 (groupes de cas de COVID-19)	
Description	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des cas de transmission locale sont liés à des chaînes de transmission Peut être regroupé en fonction du temps, de l'emplacement géographique et/ou de l'exposition commune
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter la transmission et prévenir la propagation Maintenir les services de soins de santé, reprendre/accélérer les soins si la capacité et les ressources du système sont adéquates (par exemple, RHS et EPI) Soutenir la participation des partenaires de soins à la prestation de soins
Recommandation	Description
<p>Reprendre/accélérer les soins programmés</p> <p>Utiliser les soins virtuels (y compris la télémédecine)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir/accélérer les services de soins de santé prévus et maintenir une capacité et des ressources adéquates pour la COVID-19 (par exemple, éviter le recours inutile aux soins actifs) Continuer à fournir des soins virtuels et les étendre, le cas échéant. Cela comprend des évaluations initiales afin que les visites en personne soient aussi brèves que possible et limitées au temps d'évaluation physique Continuer à fournir des soins en personne sans délai si le temps presse (par exemple, visites de routine de nouveau-nés, traitement de certains diagnostics de cancer, douleurs abdominales aiguës, aide aux activités de la vie quotidienne) Si les soins virtuels ne sont pas appropriés/faisables, privilégier les services de soins en personne en utilisant un jugement clinique
Mettre en œuvre et améliorer les plans d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Limitier les soins en établissement (par exemple, en fixant des rendez-vous, en soutenant la sortie précoce avec des services de soins à domicile et de proximité améliorés, en communiquant tout changement dans les politiques de présence des partenaires de soins, en utilisant les soins virtuels, le cas échéant) Passer à des soins plus virtuels (le cas échéant), ou transférer les soins à un autre établissement/prestataire s'il est moins touché par la COVID-19 (voir la boîte à idées 2 pour un exemple de partenariats) Modifier le flux de patients entre votre établissement de soins de santé et les autres (c'est-à-dire les renvois) pour créer une capacité dans le système

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 6 : Recommandations pour le scénario 3 (a continué)

Recommandation	Description
Gérer la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Continuer à prendre en charge les patients atteints de COVID-19
Renforcer les programmes d'immunisation	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les immunisations contre les maladies évitables, y compris la vaccination contre la grippe
Surveiller les mesures du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Revoir régulièrement les mesures de la capacité de réaction afin d'éclairer la prise de décision. Cela comprend la surveillance des fournitures essentielles (par exemple, les EPI, les médicaments, voir l'annexe B pour des exemples de mesures)
Soutenir la participation des partenaires de soins	<ul style="list-style-type: none"> Dans la mesure du possible, proposer des visites virtuelles aux patients afin de mettre en relation d'autres membres de la famille/visiteurs occasionnels (même si des partenaires de soins sont présents) Mettre en œuvre des directives relatives à la présence des partenaires de soins conformément aux politiques de contrôle des infections pour le lieu spécifique (c'est-à-dire répondre aux besoins des patients et aux exigences de PCI)
Normaliser les communications	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les communications normalisées aux patients/clients, aux partenaires de soins et au public sur les comportements sécuritaires en matière de recherche de soins pour ce scénario
Formation en prévention et contrôle des infections (PCI)	<ul style="list-style-type: none"> Former/reformer le personnel en PCI (y compris l'utilisation des EPI), et mettre en œuvre les mesures de PCI pour prévenir ou limiter la transmission

Outre les recommandations générales pour le scénario 3 (tableau 6), les stratégies sectorielles sont décrites ci-dessous dans le tableau 7.

Tableau 7 : Stratégies supplémentaires par secteur pour le scénario 3

Recommandation	Description
Soins hospitaliers : Patients hospitalisés en soins actifs, patients hospitalisés en soins postactifs, patients ambulatoires	
Créer des capacités	<ul style="list-style-type: none"> Surveiller les tendances des données sur les indicateurs clés, notamment la capacité des services et des unités de soins intensifs (USI), les admissions aux urgences et la durée du séjour, et mettre en œuvre des mesures pour créer des capacités. Assurer l'alignement avec le plan d'urgence pour les soins intensifs
Collaborer avec les soins primaires et les soins à domicile et communautaires	<ul style="list-style-type: none"> Travailler en étroite collaboration avec les prestataires de première ligne dans le domaine des soins primaires et des soins à domicile et communautaires pour favoriser une sortie de l'hôpital sûre et rapide
Soins primaires et soins ambulatoires	
Évaluer les capacités	<ul style="list-style-type: none"> Offrir des services en personne, le cas échéant. Continuer à évaluer les capacités et à fixer des priorités appropriées en matière de soins (voir la boîte à idées 5 pour des exemples de soins primaires)
Collaborer avec les hôpitaux et les soins à domicile et communautaires	<ul style="list-style-type: none"> Travailler en étroite collaboration avec les hôpitaux et les soins à domicile et communautaires pour soutenir les patients/clients vulnérables (par exemple, ceux qui viennent de sortir de l'hôpital, ceux qui sont fragiles)
Soins à domicile et communautaires et services de soutien communautaire	
Assurer la continuité des services	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser les soins virtuels, le cas échéant (par exemple, pour entrer en contact avec des personnes âgées vulnérables, pour le soin des plaies, l'isolement et la solitude, les réunions avec l'équipe de soins - y compris les clients et les partenaires de soins) Continuer à accélérer les services de soins à domicile et communautaires qui ont été déchargés, retardés ou reportés lors de la première vague
Équipes de soins de cohorte	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des équipes de soins cohérentes pour les clients afin de limiter le nombre de membres du personnel entrant au domicile de chaque patient

Boîte à idées 5 : Exemples de renforcement des capacités et de hiérarchisation des soins dans le secteur des soins primaires

Cela pourrait-il fonctionner dans votre établissement?

Hiérarchisation des soins lors de la reprise du dépistage préventif - *Équipe Santé familiale de North York*

Le dépistage préventif en Ontario avait été interrompu pendant plusieurs mois au printemps 2020. Lorsque les tests de Pap ont repris, un bureau de soins primaires a créé une recherche dans les DME pour identifier les patients dont le dernier test de Pap remonte au moins 48 mois. Ces patients ont reçu des appels téléphoniques ou des courriels et ont été invités à participer à un dépistage. Le flux de travail prévu consistait à atteindre ensuite les patients en retard de 44 mois, puis de 36 mois. Et si le clinicien pouvait raisonnablement le gérer, les patients se rendant au cabinet pour d'autres raisons et devant également subir un dépistage du cancer du col de l'utérus se voyait proposer un test de Pap. De cette façon, la clinique a pu donner la priorité aux soins à ceux qui en avaient le plus besoin, tout en gérant son « arriéré » de soins.

Approche de la vaccination contre la grippe centrée sur le patient - *Équipe Santé familiale de McMaster*

Les vaccinations contre la grippe seront particulièrement importantes, car nous continuons à gérer notre charge de cas de COVID-19 pendant l'automne et l'hiver. À l'équipe Santé familiale de McMaster à Hamilton, deux cliniques prévoient déployer proactivement des efforts de vaccination. Lorsque les patients appellent pour une visite médicale, il leur sera demandé d'arriver 15 minutes plus tôt pour se faire vacciner contre la grippe (s'ils le souhaitent) avant leur rendez-vous avec le médecin. Cette approche permet de maximiser les soins fournis en un minimum de temps, puisque les patients auront déjà été soumis au test de la COVID-19 pour leur rendez-vous, et que le temps d'attente de 15 minutes requis après la vaccination sera déjà passé à la clinique pour leur visite médicale.

L'évaluation des ressources conduit à une amélioration des soins - *Équipe Santé familiale de Chatham-Kent*

Les soins primaires dans la région de l'Ouest n'ont pas été fermés pendant la première vague. Pour l'équipe Santé familiale de Chatham-Kent (FHT), les services ont simplement été redéfinis en fonction des priorités, les dépistages ont été reportés si cela pouvait être fait en toute sécurité et, lorsque cela était possible, l'équipe a utilisé des options de soins virtuels. Après avoir évalué les capacités en personnel et examiné comment les ressources pourraient être concentrées sur les soins axés sur le patient et éviter le recours inutile aux soins actifs, l'ESF de Chatham-Kent a déterminé qu'elle avait la capacité de maintenir les services de soins essentiels et de soutenir de manière proactive ses patients âgés. Pour soutenir la population âgée la plus vulnérable de sa communauté, une équipe de prestataires de soins interprofessionnels et d'infirmières auxiliaires autorisées a effectué des appels téléphoniques de bien-être pour les patients de l'ESF (âgée de 70 ans et plus) afin de s'assurer que ces personnes recevaient les soins dont ils avaient besoin.

Scénario 4 : Transmission communautaire des cas de COVID-19

Les recommandations générales pour les scénarios 4A et 4B sont décrites dans le tableau 8. Veuillez noter que, sauf indication contraire dans les recommandations 4B, les recommandations 4A s'appliquent également en cas de transmission communautaire répandue.

Tableau 8 : Recommandations pour les scénarios 4A et 4B

Scénario 4 (transmission communautaire de la COVID-19)	
Description	<ul style="list-style-type: none"> • Les grandes éclosions de transmission locale, définies par une évaluation des facteurs, notamment, mais pas exclusivement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un grand nombre de cas ne peuvent être liés à des chaînes de transmission ○ Augmentation du pourcentage de tests positifs ○ Multiples groupes de cas non liés dans plusieurs zones du pays, du territoire ou de la région
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Ralentir la transmission, réduire le nombre de cas et mettre fin aux éclosions communautaires <p><u>Scénario 4A (transmission communautaire modérée) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifier les services hospitaliers de soins actifs programmés en fonction des ressources disponibles et selon des paramètres clés • Maintenir/reprendre/accélérer* les autres services de soins de santé afin de garantir une capacité adéquate de prise en charge des patients atteints de COVID-19 • Maintenir, si possible, la priorité accordée aux services de santé sensibles au facteur temps • Soutenir la participation des partenaires de soins à la prestation des soins conformément aux politiques en prévention et contrôle des infections (PCI) <p><u>Scénario 4B (transmission communautaire répandue) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporter les services hospitaliers de soins actifs programmés en fonction des ressources disponibles et selon des paramètres clés • Maintenir/reprendre/accélérer* les autres services de soins de santé afin de créer la capacité de prendre en charge les patients atteints de COVID-19 • Soutenir la participation des partenaires de soins à la prestation des soins conformément aux politiques en prévention et contrôle des infections (PCI)

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 8 : Recommandations pour les scénarios 4A et 4B (a continué)

Recommandation	Description
Scénario 4A (transmission communautaire modérée de la COVID-19)	
<p>Donner la priorité aux soins urgents programmés</p> <p>Utiliser les soins virtuels (y compris la télé-médecine)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à fournir des soins en personne sans délai si ces soins sont urgents (par exemple, visites de routine de nouveau-nés, traitement de certains diagnostics de cancer, douleurs abdominales aiguës, aide aux activités de la vie quotidienne) • Utiliser les soins virtuels, le cas échéant • Si les soins virtuels ne sont pas appropriés/faisables, faire preuve de jugement clinique pour envisager les options suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Envisager de réduire les soins en personne pour les affections qui ne sont pas urgentes (par exemple, soins pour les affections chroniques bien contrôlées, dépistage systématique des affections asymptomatiques) ○ Pour les affections urgentes, prévoir des soins en personne dès que possible, en donnant la priorité aux patients/clients considérés comme à risque/vulnérables¹³
<p>Développer des plans d'urgence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une capacité adéquate de prise en charge des patients atteints de COVID-19 • Modifier les services d'hospitalisation de courte durée prévus, si nécessaire, en fonction de l'épidémiologie locale <ul style="list-style-type: none"> ○ Se préparer à reporter les soins prévus, si nécessaire ○ Maintenir une communication régulière avec le comité directeur régional/sous-régional pour la COVID-19 concernant ces efforts • Redéployer le personnel en fonction des besoins (le personnel effectuant des services qui ne sont pas urgents peut être redistribué à la lutte régionale/sous-régionale contre la COVID) • Activer des partenariats pour créer des capacités (par exemple, des séjours plus courts à l'hôpital) • Examiner si les soins peuvent être transférés à un autre établissement ou prestataire s'ils sont moins touchés par la COVID-19 • Être prêt à reprendre les services de soins de santé une fois que la transmission communautaire sera réduite à des groupes de cas ou à des cas sporadiques

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau 8 : Recommandations pour les scénarios 4A et 4B (a continué)

Recommandation	Description
Scénario 4A (transmission communautaire modérée de la COVID-19)	
Surveiller les mesures du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Revoir régulièrement les mesures de la capacité de réaction afin d'éclairer la prise de décision. Cela comprend la surveillance des fournitures essentielles (par exemple, les EPI, les médicaments, voir l'annexe B pour des exemples de mesures)
Soutenir la participation des partenaires de soins	<ul style="list-style-type: none"> Dans la mesure du possible, proposer des visites virtuelles aux patients/clients afin de mettre en relation d'autres membres de la famille/visiteurs occasionnels (même si des partenaires de soins sont présents) Mettre en œuvre des directives relatives à la présence des partenaires de soins conformément aux politiques de contrôle des infections pour le lieu spécifique
Normaliser les communications	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les communications normalisées aux patients/clients, aux partenaires de soins et au public sur les comportements sécuritaires en matière de recherche de soins pour ce scénario
Formation en prévention et contrôle des infections (PCI)	<ul style="list-style-type: none"> Former/reformer le personnel en PCI (y compris l'utilisation des EPI), et mettre en œuvre les mesures de PCI pour prévenir ou limiter la transmission
Scénario 4B (transmission communautaire répandue de la COVID-19)	
Reporter les soins prévus (au besoin)	<ul style="list-style-type: none"> Réduire les services d'hospitalisation de courte durée prévus, au besoin, en fonction de l'épidémiologie locale
Intensifier les plans d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre les mesures d'urgence du scénario 4A et continuer à utiliser les soins virtuels, le cas échéant Assurer une capacité adéquate de prise en charge des patients atteints de COVID-19
Formation en prévention et contrôle des infections (PCI)	<ul style="list-style-type: none"> Former/reformer le personnel en PCI (y compris à l'utilisation des EPI), et mettre en œuvre les mesures de PCI pour prévenir ou limiter la transmission

Dans les recommandations générales supplémentaires pour le scénario 4 (tableau 8), le tableau 9 décrit des stratégies supplémentaires par secteur.

Tableau 9 : Stratégies supplémentaires par secteur pour le scénario 4

Recommandation	Description
Soins hospitaliers : Patients hospitalisés en soins actifs, patients hospitalisés en soins postactifs, patients ambulatoires	
Donner la priorité aux interventions chirurgicales et procédures urgentes	<ul style="list-style-type: none"> • Viser à poursuivre les interventions chirurgicales et procédures urgentes (par exemple, chirurgie liée au cancer, transplantation, cardiologie)
Envisager de reporter les interventions chirurgicales et procédures non urgentes	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve de jugement clinique, envisager de reporter les interventions chirurgicales et procédures programmées qui ne sont pas urgentes. Envisager de poursuivre les interventions chirurgicales et procédures ambulatoires programmées tout en limitant les interventions chirurgicales et procédures hospitalières à forte intensité de ressources, le cas échéant. Maintenir une communication régulière avec le comité directeur régional/sous-régional pour la COVID-19 lors de la redéfinition de la portée des activités de soins régulières
Surveiller les mesures du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller les tendances des données relatives à la capacité des services et des unités de soins intensifs, aux admissions aux urgences et à la durée du séjour, aux RHS, aux EPI et mettre en œuvre des mesures pour créer des capacités en fonction des besoins
Mettre en place des services protégés contre la COVID	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des services protégés contre la COVID (si possible)
Soins primaires et soins ambulatoires	
Évaluer les capacités	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à évaluer les capacités et à fixer des priorités appropriées pour assurer la continuité des soins urgents • Les prestataires de soins primaires peuvent être invités à soutenir d'autres secteurs (par exemple, les centres d'évaluation)
Collaborer avec les hôpitaux et les soins à domicile et communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler en étroite collaboration avec les hôpitaux et les soins à domicile et communautaires pour soutenir les patients vulnérables (par exemple, ceux qui viennent de sortir de l'hôpital, ceux qui sont fragiles)
Soins à domicile et communautaires et services de soutien communautaire	
Assurer la continuité des services	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les patients/clients et les partenaires de soins à recevoir des soins à domicile

Conclusion

L'objectif du présent document est de fournir un ensemble de recommandations fondées sur des principes, ainsi qu'un cadre de stratégies suggérées pour optimiser la capacité en soins de santé afin de garantir des soins appropriés et opportuns aux patients/clients atteints de COVID-19, aux patients/clients ayant des besoins de soins de santé non liés à la COVID et aux patients/clients qui pourraient avoir été touchés par des soins retardés ou différés de la première vague. Ce document souligne l'importance d'adopter une approche régionale/sous-régionale avec la participation de la santé publique locale afin de faciliter la collaboration et la mise en œuvre d'un plan intégré pour optimiser la prestation des soins à toutes les phases de cette pandémie. Cela exigera un niveau accru de souplesse, d'adaptabilité, de créativité et d'ingéniosité, car la nature de la maladie et sa transmission peuvent évoluer au fil du temps.

Ces recommandations ont été rédigées sur la base des meilleurs éléments probants et renseignements disponibles au moment de leur rédaction et peuvent être mises à jour à mesure que de nouveaux renseignements deviennent disponibles.

Annexes

Annexe A : Composition du comité

Tableau A1. Optimisation des soins grâce à des scénarios de transmission de la COVID-19

Membre	Rôle et organisation
Chris Simpson (Président)	Vice-doyen (clinique), École de médecine, Université Queen's
Jason Bartell	Infirmier clinicien en chef/infirmier praticien, équipe Santé familiale de Chatham-Kent
Subi Bhandari	Représentant des patients et du public, Comité sur les normes de qualité de l'Ontario
Mary Burnett	PDG, Alzheimer Society, Brant, Haldimand Norfolk, Hamilton Halton
Connie Clerici	Présidente exécutive, Closing the Gap Healthcare
Julian Dobranowski	Chef, Imagerie diagnostique, Niagara Health; responsable provincial, Santé Ontario-Action Cancer Ontario
Paula Doering	Première vice-présidente des programmes cliniques, cheffe des soins infirmiers et des services paramédicaux, Bruyère Continuing Care
Jennifer Everson	Vice-présidente, clinique, Région de l'Ouest de Santé Ontario
Lee Fairclough	Président de l'Hôpital St. Mary
Neva Fantham-Tremblay	Directrice médicale de la chirurgie, chef du service gynécologique obstétrique, Centre régional de santé de North Bay
Karli Farrow	Vice-présidente exécutive, services de soins aux patients et directrice de l'exploitation, Trillium Health Partners
Gary Garber	Chef scientifique, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses pour la prévention et le contrôle des infections; médecin en maladies infectieuses, Santé publique Ontario
Michael Gardam	Directeur médical, Prévention et contrôle des infections, Women's College Hospital, professeur associé de médecine, Université de Toronto,
Dianne Godkin	Éthicienne principale, Trillium Health Partners
Wendy Hansson	Présidente et directrice générale, Hôpital de Sault-Sainte-Marie
Jonathan Irish	Chef provincial, Oncologie chirurgicale et responsable clinique provincial, Accès aux soins - Chirurgie, Santé Ontario-Action Cancer Ontario

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau A1. Optimisation des soins grâce à des scénarios de transmission de la COVID-19 (a continué)

Membre	Rôle et organisation
Steven Jackson	Vice-président de la planification médicale et chef du personnel, chirurgien général, Mackenzie Health
Joan Ludwig	Vice-présidente des services cliniques et cheffe de direction des soins infirmiers, Hôpital de Timmins et du district
Danielle Martin	Vice-présidente exécutive et directrice médicale, Women's College Hospital
Derek McNally	Vice-président exécutif, Services cliniques et chef des soins infirmiers, Niagara Health
Sarah Newbery	Médecin de famille, cheffe du personnel, Wilson Memorial General Hospital, Professeure associée, École de médecine du nord de l'Ontario
Howard Ovens	Responsable de la stratégie médicale, système de santé du Sinaï, responsable provincial de l'Ontario pour la médecine d'urgence
David Pichora	Président et directeur général du Centre des sciences de la santé de Kingston
Paul Preston	Vice-président, clinique, Région de l'Ouest de Santé Ontario
Dhenuka Radhakrishnan	Pédiatre pneumologue, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO); directrice, Programme de lutte contre l'asthme du CHEO; vice-présidente, Asthma Assembly Steering Committee de la Société canadienne de thoracologie; professeur adjoint, département de pédiatrie, Université d'Ottawa
Shirlee Sharkey	Présidente et directrice générale, SE Health (Saint Elizabeth Health Care)
Hsiu-Li Wang	Commissaire et médecin hygiéniste en chef par intérim des services de santé publique et d'urgence de la région de Waterloo
Harindra Wijesundera	Cardiologue interventionnel, Sunnybrook Health Sciences Center, scientifique principal, Sunnybrook Research Institute
Kimberly Wintemute	Responsable des soins primaires, Choisir avec soin, professeure adjoint, Université de Toronto
Observateurs	
Mike Heenan	Sous-ministre adjoint (hôpitaux et immobilisations), ministère de la Santé
Kristin Taylor	Directrice, programmes provinciaux, ministère de la Santé

Annexe B : Échantillon de mesures du système de santé

Vous trouverez ci-dessous une liste de paramètres pouvant être utilisés pour surveiller la pandémie, la réponse à la pandémie, ainsi que la capacité et le rétablissement du système de santé. Sauf indication contraire, ces mesures ont été utilisées par la table de commande de la COVID-19.

Tableau B2 : Exemples de mesures du système de santé

Mesures de surveillance de la pandémie : <i>Suivi de la progression, de la trajectoire et du risque de propagation accrue de la pandémie</i>
Tendance du nombre de nouveaux cas (moyenne mobile de 7 jours), stratifiée par tranches d'âge
Nombre de décès**
Nombre de cas actuels d'hospitalisation/aux soins intensifs
Nombre d'éclosions actuelles/récentes par milieu la semaine dernière
Taux de reproduction net*
Taux de nouveaux cas par population**
Mobilité de la population/adhésion aux mesures de santé publique
Mesures de surveillance de la réponse : <i>Mesurer l'ampleur et la rapidité de la réponse à la pandémie</i>
Nombre de tests traités dans les 24/48 heures suivant le prélèvement des échantillons
Pourcentage de tests COVID-19 positifs signalés à la santé publique dans les 24/48 heures (durée entre la date de prélèvement de l'échantillon et la date de notification à la santé publique locale)**
Pourcentage de positivité
Volume de dépistage
Capacité de réponse : <i>Système de santé, santé publique et autres capacités disponibles pour permettre une réponse à la pandémie</i>
Pourcentage de lits de soins actifs occupés
Pourcentage de lits d'USI de base occupés
Temps d'hospitalisation**
Pourcentage de lits de soins alternatifs**
Pourcentage d'établissements disposant de 7 jours d'EPI
Les demandes d'EPI ont été transmises au Centre des opérations d'urgence du Ministère (COUM)
Pénurie de personnel pour les soins de longue durée (SLD)
Capacité de traitement hebdomadaire des laboratoires
Possibilité pour la santé publique locale d'assurer le suivi des cas dans les 24 heures**
Disponibilité d'écouvillons
Volume des visites aux services d'urgence (moyenne de 7 jours)

(Le tableau continue à la page suivante.)

Tableau B2 : Exemples de mesures du système de santé (a continué)

Suivi du rétablissement : <i>Mesurer le rétablissement du système de santé après la pandémie et sa capacité à reprendre une activité régulière</i>
Volumes d'interventions chirurgicales prévues par spécialité par rapport à 2019
Utilisation des soins à domicile par service, admissions/retenues, orientations par source
Temps d'attente et file d'attente pour le placement en SLD de la communauté
Taux d'immunisation par rapport à l'année dernière
Taux d'immunisation par rapport à la moyenne sur 5 ans**
Services de médecins de soins primaires (par exemple, visites chez le médecin généraliste)
Pourcentage de visite aux services d'urgences par ÉTG

Abréviations : ÉTG, Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence; SU, service des urgences; MG, médecin généraliste; USI, unité de soins intensifs; SLD, soins de longue durée; COUM, Centre des opérations d'urgence du ministère; EPI, équipement de protection individuelle.

*Attention à l'utilisation dans les petites zones géographiques.

**Ne figure pas sur la liste des paramètres examinés par la table de commande de la COVID-19 du 25 août 2020.

Annexe C : Modèle de directives pour la fourniture de soins non liés à la COVID pendant la pandémie de COVID-19

Plusieurs secteurs des soins de santé

- [Framework for Healthcare Systems Providing Non-COVID-19 Clinical Care During the COVID-19 Pandemic](#)—Centers for Disease Control and Prevention
- [Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en oeuvre dans le cadre de la COVID-19 \(voir partie 2\)](#)
—Organisation mondiale de la Santé
- [Recommandations pour la prestation de soins de santé régionaux durant la pandémie de COVID-19 : soins aux patients externes, soins primaires et soins à domicile et en milieu communautaire \(voir point 8\)](#)—Santé Ontario
- [Building a better health care system post-covid-19: steps for reducing low-value and wasteful care](#)
— Sorenson C, Japigna M, Crook H, McLellan M

Soins primaires

- [Post-COVID primary care reboot?](#)
—Wintemute K, Thériault G
- [Rethinking screening during and after COVID-19 : Should things ever be the same again?](#)
—Dickinson JA, Thériault G, Singh H, Szafran O, Grad R

Soins actifs

- [Une approche prudente pour la planification des opérations et interventions chirurgicales durant la COVID-19 \(voir section 5\)](#)— Santé Ontario

Soins à domicile et communautaires

- [Message aux organismes de soutien à domicile](#)—Gouvernement du Nouveau-Brunswick

Références

- (1) Williams DC. Directive no 2 à l'intention des fournisseurs de soins de santé [Internet]. Toronto (ON): ministère de la Santé, ministère des Soins de Longue durée; 26 mars 2020 [cité le 27 mars 2020]. Disponible à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/RHPA_professionals.pdf
- (2) Ministère de la Santé. Exigences opérationnelles liées à la COVID-19 : reprise du secteur de la santé, version 2 [Internet]. Toronto (ON) : Le ministère; 15 juin 2020. Disponible à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/operational_requirements_health_sector.pdf
- (3) Santé Ontario. Une approche prudente pour la planification des opérations et interventions chirurgicales durant la COVID-19 [Internet]. Toronto (ON): Santé Ontario; 15 juin 2020. Disponible à l'adresse : https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-06/A%20Measured%20Approach%20to%20Planning%20for%20Surgeries%20and%20Procedures%20During%20the%20COVID-19%20Pandemic_French.pdf
- (4) Santé Ontario. Recommandations pour la prestation de soins de santé régionaux durant la pandémie de COVID-19 : soins aux patients externes, soins primaires et soins à domicile et en milieu communautaire [Internet]. Toronto (ON): Santé Ontario; 8 juin 2020 [cité en août 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-06/Recommendations%20for%20Outpatient%20Care%2C%20Primary%20Care%2C%20Home%20and%20Community%20Care-COVID-19_FINAL%20%283%29_FR.pdf
- (5) Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Réintégration des proches aidants comme partenaires de soins essentiels pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (ON): La Fondation; 8 juillet 2020 [cité le 24 août 2020]. Disponible à l'adresse: <https://www.fcass-cfhi.ca/about/news-and-stories/news-detail/2020/07/08/re-integration-of-family-caregivers-as-essential-partners-in-care-in-a-time-of-covid-19>
- (6) Association des hôpitaux de l'Ontario. Politiques de présence des partenaires de soins pendant le COVID-19 [Internet]. Toronto (ON): L'Association; juin 2020 [cité le 18 août 2020]. Disponible à l'adresse: <https://www.oha.com/Documents/Care%20Partner%20Presence%20Policies%20During%20COVID-19.pdf>
- (7) The Change Foundation. Caregiver ID: Un programme pour aider à réintégrer les soignants pendant COVID-19 [Internet]. Toronto (ON): La Fondation; 2020 [cité le 24 août 2020]. Disponible à l'adresse: <https://changefoundation.ca/caregiver-id-a-program-to-help-re-integrate-caregivers-during-covid-19/>
- (8) Organisation mondiale de la santé. Interim guidance: critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 [Internet]. Genève : L'Organisation; 24 juin 2020 [cité le 18 août 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
- (9) Organisation mondiale de la santé. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 [Internet]. Genève : L'Organisation; 1^{er} juin 2020 [cité le 18 août 2020]. Disponible à l'adresse: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334358/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-fre.pdf
- (10) Dermer M. Guide sur les soins virtuels [Internet] : Association médicale canadienne, Le Collège des médecins de famille du Canada, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; mars

- 2020 [cité le 26 septembre 2020]. Disponible à l'adresse :
https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Guide-sur-les-soins-virtuels_mar2020_F.pdf
- (11) Ministère de la Santé. Document d'orientation sur le dépistage de la COVID-19 auprès des patients, version 4.0 [Internet]. Toronto (ON): Le Ministère; 11 juin 2020 [cité le 18 août 2020]. Disponible à l'adresse :
http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_patient_screening_guidance.pdf
- (12) Ministère de la Santé. Mise à jour sur le document d'orientation sur la COVID-19 : Tests de dépistage provinciaux V.7.1 [Internet]. Toronto (ON): Le ministère; 24 septembre 2020 [cité le 25 septembre 2020]. Disponible à l'adresse:
http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_guidance.pdf
- (13) Gouvernement du Canada. Les populations vulnérables et la COVID-19 [Internet]. Le gouvernement; 20 juillet 2020 [cité le 18 août 2020]. Disponible à l'adresse:
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/populations-vulnerables-covid-19.html>
- (14) Ministère de la Santé. COVID-19 : Document d'orientation à l'intention des établissements de soins actifs [Internet]. Toronto (ON) : Le ministère; 15 juin 2020 [cité le 25 juin 2020]. Disponible à l'adresse :
http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_acute_care_guidance.pdf
- (15) Sorenson C, Japigna M, Crook H, McLellan M. Building a better health care system post-covid-19: steps for reducing low-value and wasteful care [Internet]. Walham (MA): NEJM Group; 21 août 2020 [cité le 24 août 2020]. Disponible à l'adresse :
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/cat.20.0368>
- (16) Dickinson JA, Theriault G, Singh H, Szafran O, Grad R. Rethinking screening during and after COVID-19. *Canadian Family Physician*. 2020;66(8):571-5.