

COVID-19

Directive n° 2 à l'intention des fournisseurs de soins de santé (membre d'une profession de la santé réglementée ou quiconque exploite un cabinet de groupe de membres d'une profession de la santé réglementée)

Émise en vertu de l'article 77.7 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS), L.R.O. 1990, chapitre H.7.

LA PRÉSENTE DIRECTIVE REMPLACE LA DIRECTIVE N° 2 ÉMISE LE 26 MAI 2020. LA DIRECTIVE N° 2 ÉMISE LE 26 MAI 2020 EST ABROGÉE ET REMPLACÉE PAR CE QUI SUIT :

ATTENDU QUE, en vertu du paragraphe 77.7(1) de la LPPS, s'il est d'avis qu'il existe ou qu'il peut exister un danger immédiat pour la santé de personnes quelque part en Ontario, le médecin hygiéniste en chef peut donner une directive à tout fournisseur de soins de santé ou à toute entité chargée de la fourniture de soins de santé concernant les précautions à prendre et les modalités à suivre pour protéger la santé de personnes n'importe où en Ontario;

ET ATTENDU QUE, le 17 mars 2020, l'Ontario a déclaré une situation d'urgence en raison de l'écllosion de COVID-19, en vertu du décret 518/2020 pris en application de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* et que, depuis, d'autres déclarations d'urgence ont été faites en raison de la COVID-19, la plus récente étant celle du 7 avril 2021.

ET EU ÉGARD AUX nouvelles données probantes concernant la façon dont ce virus se transmet entre les personnes et la gravité potentielle de la maladie qu'il cause, en plus de la déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) du 11 mars 2020 voulant que la COVID-19 soit maintenant une pandémie et eu égard à la propagation de la COVID-19 en Ontario;

ET EU ÉGARD À l'impact possible de la COVID-19 sur le travail des membres d'une profession de la santé réglementée, à la nécessité de protéger les membres d'une profession de la santé réglementée dans leurs lieux de travail et à la nécessité de prioriser les patients qui ont des besoins urgents au cours du travail réalisé par les membres d'une profession de la santé réglementée;

ET EU ÉGARD À l'augmentation des variants préoccupants en Ontario qui, par rapport aux personnes infectées par les variants antérieurs, donne lieu à un plus grand nombre de personnes atteintes de la COVID-19 hospitalisées et admises aux soins intensifs.

ET EU ÉGARD À la nécessité de réduire les interventions chirurgicales et les procédures non émergentes et non urgentes afin de préserver la capacité du système à traiter efficacement la COVID-19;

JE SUIS PAR CONSÉQUENT D’AVIS qu’il existe ou pourrait exister un risque immédiat pour la santé des personnes partout en Ontario découlant de la COVID-19;

ET ORDONNE en vertu des dispositions de l’article 77.7 de la LPPS que :

La Directive n° 2 à l’intention des fournisseurs de soins de santé datée du 26 mai 2020 soit abrogée et remplacée par la présente Directive. L’arrêt des interventions chirurgicales et des procédures électives non émergentes et non urgentes ne s’applique pas aux hôpitaux spécialisés en pédiatrie.

COVID-19

Directive n° 2 à l'intention des fournisseurs de soins de santé (membre d'une profession de la santé réglementée ou quiconque exploite un cabinet de groupe de membres d'une profession de la santé réglementée)

Date d'émission : 20 avril 2021

Date d'entrée en vigueur de la mise en œuvre : 20 avril 2021

Émise aux : Fournisseurs de soins de santé (membres d'une profession de la santé réglementée ou quiconque exploite un cabinet de groupe de membres d'une profession de la santé réglementée selon la définition au paragraphe 77.7(6), paragraphe 1 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*)

* Les organismes de soins de santé doivent fournir une copie de cette directive aux coprésidents du comité mixte de santé et de sécurité ou à la personne désignée responsable de la santé et sécurité (le cas échéant).

Introduction :

Les coronavirus (CoV) forment une vaste famille de virus qui sont à l'origine de diverses affections, allant du rhume banal à des maladies plus graves comme le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO), le syndrome respiratoire aigu sévère (CoV-SRAS) et la COVID-19. On entend par « nouveau coronavirus » une nouvelle souche de coronavirus n'ayant encore jamais été identifiée chez l'humain.

Le 31 décembre 2019, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) [a été informée](#) de cas de pneumonie d'étiologie inconnue dans la ville de Wuhan, dans la province du Hubei en Chine. Un nouveau coronavirus (COVID-19) [fut identifié](#) comme étant l'agent responsable par les autorités chinoises le 7 janvier 2020.

Le 11 mars 2020, l'OMS a annoncé que le virus de la COVID-19 était classé comme étant un virus [pandémique](#). Il s'agit de la première pandémie causée par un coronavirus.

Symptômes de la COVID-19

Pour connaître les signes et les symptômes de la COVID-19, veuillez vous référer au document COVID-19 – Document de référence sur les symptômes. Les complications découlant de la COVID-19 peuvent inclure de graves problèmes de santé comme une pneumonie ou une insuffisance rénale et, dans certains cas, la mort.

Variants préoccupants

La troisième vague de COVID-19 causée par des variants préoccupants sévit actuellement en Ontario. Par rapport aux personnes infectées par les variants antérieurs, les personnes atteintes de COVID-19 sont plus nombreuses à être hospitalisées, admises en soins intensifs et à mourir si elles sont infectées par les variants préoccupants. Les variants préoccupants ont des conséquences plus graves et sont plus fatales. Les taux d'hospitalisations et d'occupation de lits aux soins intensifs liés à la COVID-19 sont à la hausse. Le risque d'admission en unité de soins intensifs est deux fois plus élevé et le risque de décès est 1,5 fois plus élevé pour le variant B.1.1.7. Les jeunes Ontariens ont aussi recours aux soins hospitaliers. COVID-19 menace la capacité du système de santé à gérer les admissions régulières en unité de soins intensifs et la capacité à prendre en charge tous les patients. Les cas ont augmenté et sont au-dessus du deuxième niveau le plus élevé du cadre dans la plupart des circonscriptions sanitaires. La plupart des nouveaux cas sont des variants préoccupants. Le pourcentage de positivité des tests a augmenté et se situe au-dessus du deuxième niveau le plus élevé du Cadre d'intervention pour la COVID-19. Les taux de dépistage sont stables, de sorte que l'augmentation du nombre de cas ne résulte pas d'une augmentation des tests.

Vaccination contre la COVID-19

L'objectif du programme provincial de vaccination contre la COVID-19 est de protéger les Ontariens contre la COVID-19. Les vaccins contribuent à réduire le nombre de nouveaux cas et, surtout, les conséquences graves, notamment les hospitalisations et les décès liés à la COVID-

19. Toutes les personnes doivent continuer à appliquer les mesures de santé publique recommandées pour la prévention et le contrôle de l'infection et de la transmission par la COVID-19, qu'ils aient reçu ou non un vaccin contre la COVID-19.

Exigences à l'intention des fournisseurs de soins de santé (membre d'une profession de la santé réglementée ou quiconque exploite un cabinet de groupe de membres d'une profession de la santé réglementée)

Les mesures suivantes doivent être prises immédiatement :

- Toutes les interventions chirurgicales et procédures non émergentes et non urgentes doivent être arrêtées. Les interventions chirurgicales émergentes et urgentes ne seront pas affectées afin de réduire et de prévenir la morbidité et la mortalité des patients. L'arrêt des interventions chirurgicales et des procédures non émergentes et non urgentes ne s'applique pas aux hôpitaux spécialisés en pédiatrie.
- Les cliniciens sont les mieux placés pour déterminer ce que sont les interventions chirurgicales et les procédures urgentes et émergentes dans leur pratique de santé spécifique et doivent s'appuyer sur des preuves et des conseils lorsqu'ils sont disponibles. Lorsqu'ils prennent des décisions concernant l'arrêt ou le report d'interventions chirurgicales et de procédures non émergentes et non urgentes, les membres d'une profession de la santé réglementée doivent être guidés par leur ordre de réglementation et par les principes suivants :
 1. Proportionnalité. Les décisions de reporter les interventions chirurgicales et les procédures non émergentes et non urgentes doivent être proportionnelles à la capacité réelle ou anticipée nécessaire pour maintenir les ressources sanitaires et humaines permettant de fournir des services de santé essentiels et urgents dans l'ensemble du système.
 2. Réduire au minimum les préjudices aux patients. Les décisions doivent s'efforcer de limiter les préjudices aux patients. Il faut accorder la priorité aux interventions chirurgicales et aux procédures ayant de plus grandes incidences sur la morbidité ou la mortalité si elles sont retardées pendant des périodes plus longues par rapport à celles ayant des incidences moins grandes sur la morbidité ou la mortalité si elles sont retardées pendant des périodes plus longues. Ceci demande de tenir compte des avantages différentiels et fardeaux pour les patients et les populations de patients ainsi que des solutions de rechange existantes pour gérer les symptômes et soulager la douleur et la souffrance.
 3. Équité. L'équité exige que toutes les personnes ayant les mêmes besoins cliniques soient traitées de la même manière, sauf en cas de différences pertinentes (p. ex., différents niveaux d'urgence clinique) et que l'on porte une attention particulière aux mesures qui risqueraient de désavantager encore plus les personnes déjà désavantagées ou vulnérables.
 4. Réciprocité. Certains patients et certaines populations de patients pourraient souffrir particulièrement suite au report d'interventions chirurgicales et de

procédures non émergentes et non urgentes. Les patients doivent pouvoir bénéficier d'une surveillance de leur santé, de solutions de rechange appropriées en matière de soins de santé et de soins chirurgicaux ou procéduraux si leur état de santé évolue et que leur besoin devient urgent ou émergent.

- Les décisions concernant l'arrêt ou le report des interventions chirurgicales et des procédures non émergentes et non urgentes doivent être prises selon des processus justes et transparents pour tous les patients.
- Tous les patients doivent continuer à avoir accès à d'autres services de santé, y compris les services connexes aux services chirurgicaux, tels que les services de diagnostic directement liés à la fourniture de soins chirurgicaux et procéduraux émergents ou urgents, et les services de gestion de la douleur.
- Les fournisseurs de soins de santé doivent tous continuer à évaluer quels services de santé peuvent être offerts à distance et quels services de santé peuvent être offerts de façon sécuritaire en personne, à l'aide des contrôles du danger appropriés et de l'EPI suffisant. Cette décision doit être éclairée par les meilleures données probantes cliniques.
- Les fournisseurs de soins de santé doivent tous se procurer l'EPI au moyen de leur chaîne d'approvisionnement habituelle. Les affectations d'EPI provenant des réserves gouvernementales en prévision d'une pandémie se poursuivront. Il est aussi possible d'accéder à l'EPI à même l'approvisionnement existant en cas d'urgence grâce au processus d'acheminement établi par l'entremise des bureaux régionaux de Santé Ontario.

Au fur et à mesure de l'évolution de cette épidémie, on examinera continuellement les nouvelles preuves afin de comprendre les mesures les plus appropriées à prendre pour protéger les fournisseurs de soins de santé et les patients. Cela se fera toujours en collaboration avec les partenaires du système de santé et les experts techniques de Santé publique Ontario et le système de santé.

Questions

Les travailleurs de la santé peuvent communiquer avec le Service de renseignements aux professionnels de la santé du ministère au 1 866 212-2272 ou par courriel à l'adresse emergencymanagement.moh@ontario.ca pour toutes questions ou préoccupations concernant cette directive.

Les travailleurs de la santé sont également tenus de se conformer aux dispositions applicables [de la Loi sur la santé et la sécurité au travail](#) et de ses règlements.



David C. Williams, MD, MHSc,
FRCPC, médecin hygiéniste en chef
intérimaire