

Direction de l'enseignement médical
Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire
Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
Vice décanat aux études médicales postdoctorales -Faculté de médecine –Université Laval

POLITIQUE D'EXPOSITION DES MÉDECINS RÉSIDENTS PANDÉMIE COVID-19

Phase 2

Mise en application mardi le 07 avril 2020

N.B. CETTE POLITIQUE PHASE 2 ANNULE LES DIRECTIVES ÉMISES (PHASE 1) LE 13 MARS 2020; EN FONCTION DE L'ÉVOLUTION DE LA PANDÉMIE LA PRÉSENTE POLITIQUE POURRAIT ÊTRE MODIFIÉE DANS UN TRÈS COURT DÉLAI SANS PRÉAVIS.

MISE EN CONTEXTE ET PRINCIPES SOUS-JACENTS :

Dans le contexte où la pandémie progresse, il est essentiel d'ajuster les politiques qui ont été émises au début de son apparition. Le présent document décrit la phase 2 de la politique sur l'exposition des médecins résidents aux risques de la COVID-19. Elle remplace les instructions transmises aux médecins résidents et médecins traitants (patrons) le 13 mars 2020.

Il est important de rappeler que les médecins résidents font partie de l'équipe médicale traitante et, considérant la progression importante et rapide du nombre de patients atteints ou suspectés, les médecins résidents, principalement les seniors (R3 et +), doivent maintenant être davantage impliqués dans l'évaluation et le traitement des patients avec diagnostics de COVID confirmé (COVID+) ou COVID suspecté, si les règles de base suivantes sont respectées :

1. Le médecin résident possède les compétences pour le faire.
2. Des équipements de protection individuelle (EPI) sont disponibles et le médecin résident a reçu l'enseignement nécessaire pour les utiliser de façon appropriée.
3. Le médecin résident est supervisé adéquatement.

De plus, lors des stages, les règles générales demandées à toute la population par la santé publique doivent s'appliquer, dont entre autres, les règles d'hygiène de base et de distanciation physique (sociale).

Malgré l'élargissement de l'implication des résidents dans cette phase 2 pour aider à faire face à l'augmentation du nombre de patients atteints, les diverses situations cliniques se doivent d'être abordées en considérant toujours une approche d'équipe patron-résident. Les grandes règles en place depuis le début de cette pandémie, selon les recommandations du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ), continuent de s'appliquer, à savoir :

- A) Afin de diminuer la propagation, on doit limiter le nombre de personnes exposées dans l'équipe traitante.
- B) La disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) étant toujours très restreinte, on doit en limiter l'usage.

La politique d'exposition des médecins résidents doit donc absolument tenir compte des ressources limitées en EPI, particulièrement les masques N95, mais aussi les masques de procédures. Chaque établissement pourra, en fonction de la disponibilité de ces équipements essentiels, en limiter l'utilisation. La participation d'un médecin résident à l'évaluation ou au traitement d'un patient COVID+ ou suspecté, ne devrait pas causer un dédoublement de l'utilisation des EPI. Cet aspect doit être pris en compte lors de chaque interaction entre un médecin résident et un patient. **L'utilisation des masques N95 par les médecins résidents ne doit pas se faire en dédoublement avec l'utilisation d'un N95 par un résident plus sénior ou par le médecin traitant (patron superviseur).**

Le médecin résident doit respecter les consignes locales des établissements concernant la circulation du personnel entre les zones chaudes et froides, pour minimiser le risque de contamination croisée. Chaque établissement doit aussi appliquer les mesures décidées par l'équipe locale de prévention et contrôle des infections (PCI), pour éviter, dans la mesure du possible, la couverture croisée par un même résident. À titre d'exemple, la couverture d'une unité COVID+ le jour par un résident sénior suivie d'une garde sur une unité COVID- le soir, devrait être évitée. Les résidents qui sont en stage de jour à l'extérieur des hôpitaux, par exemple dans un centre d'hébergement et sont de garde le soir ou la nuit à l'hôpital (ou vice-versa) doivent vérifier auprès de la PCI de l'hôpital si des mesures supplémentaires doivent être mises en place devant le risque majeur de contamination croisée.

Les règles de fonctionnement locales des unités de soins critiques et du service d'urgence des établissements doivent être respectées et pourraient moduler la présente politique.

Le questionnaire des patients COVID+ ou suspectés doit se faire le plus possible à distance par des méthodes telles l'utilisation du téléphone ou derrière une vitre de protection en plexiglas lorsque de telles méthodes sont disponibles.

Toute duplication inutile d'examen physique (médecin résident junior, sénior et patron) sur un même patient COVID+ ou suspecté, doit être évitée afin de limiter le nombre de personnes exposées et l'utilisation des EPI. L'examen physique devrait conséquemment se faire par un membre sénior de l'équipe traitante afin d'éviter cette duplication.

Les procédures à haut risque d'aérosolisation (ex: intubation d'un patient COVID+ ou suspecté) doivent être effectuées par la personne disponible la plus apte à le faire. **Un patron, n'étant pas physiquement occupé par un autre patient en situation critique, est la personne la plus apte à le faire.** Un médecin résident autonome pour les techniques, ne peut être appelé à faire ce type de procédure que si un patron n'est pas disponible.

Dans le contexte de la présente politique, les résidents 2 de médecine de famille, qui sont dans leurs 3 derniers mois de formation, doivent être considérés comme des résidents séniors (R3). En effet, dans quelques mois, ils auront à s'occuper de patients COVID+ dans les hôpitaux où ils seront médecins traitants (patrons). Il devient donc primordial que les derniers mois de leur formation incluent la prise en charge de tels patients.

N.B. À noter que pour faciliter la compréhension de cette politique, un visuel descriptif des différentes situations en fonction du niveau du résident (junior-sénior) sera produit sous peu.

1. MÉDECINS RÉSIDENTS EN STAGE À L'URGENCE

N.B. : Chaque établissement a établi son mode de fonctionnement pour son département d'urgence (ex : division en zones bleue ou verte/froide, jaune/tiède et rouge/chaude ou l'équivalent). Le déploiement des médecins résidents devra se faire en fonction de ces zones et du niveau de formation du médecin résident.

R1 ET R2

Zones rouges/chaudes : Les R1 et R2 (excluant les R2 en médecine familiale dans les 3 derniers mois de leur formation) **ne doivent pas prendre en charge des patients en zone rouge/chaude**. Leur implication auprès des patients dans cette zone doit se limiter au soutien du patron ou du médecin résident sénior (ex : rédaction d'une partie des notes au dossier, prescriptions, suivi des résultats de tests).

Autres zones : Ils peuvent participer à l'évaluation et au traitement des patients des deux autres zones. Le questionnaire des patients COVID suspectés doit se faire, dans la mesure du possible et tel que déjà mentionné à distance, par téléphone, ou derrière une vitre de protection en plexiglas et avec l'EPI approprié à la situation. La pertinence de faire l'examen physique d'un patient en zone jaune/tiède par le R1 ou R2, qui devra vraisemblablement être répété par le patron ou un résident sénior superviseur, doit être discutée par l'équipe médicale et bien justifiée pour limiter le nombre de personnes potentiellement exposées et l'utilisation des EPI. L'examen physique devrait conséquemment se faire par un membre sénior de l'équipe traitante lorsque possible.

R3 ET PLUS (R2 DE MÉDECINE FAMILIALE DANS LES 3 DERNIERS MOIS DE LEUR FORMATION)

Les R3 et plus, de même que les R2 de médecine familiale dans les 3 derniers mois de leur formation, peuvent participer à l'évaluation et au traitement des patients des trois zones. Le questionnaire des patients COVID+ ou COVID suspectés doit se faire à distance, par téléphone, ou derrière une vitre de protection en plexiglas, lorsque possible, et avec l'EPI approprié à la situation. La pertinence de faire l'examen physique, s'il risque de devoir être répété en partie ou en totalité par le patron, doit être discutée par l'équipe médicale et bien justifiée (à titre d'exemple, dans un contexte d'achalandage important à l'urgence où le patron serait très sollicité avec d'autres patients COVID+ ou suspectés). Le tout doit se faire selon le niveau de formation du médecin résident et de ses compétences ainsi que pour limiter le nombre de personnes potentiellement exposées et l'utilisation des EPI.

2. MÉDECINS RÉSIDENTS EN STAGES DE CONSULTATION À L'URGENCE OU DE CONSULTATION SUR LES UNITÉS DE SOINS NON CRITIQUES

R1 et R2 :

Zones chaudes/rouges : Les R1 et R2 (excluant les R2 en médecine familiale dans les 3 derniers mois de leur formation) ne doivent pas faire les consultations des patients en zone rouge/chaude de l'urgence, ou des autres unités de soins.

Leur implication auprès des patients dans cette zone doit se limiter au soutien du patron ou du médecin résident sénior (collecte des données, notes au dossier, rédaction d'une portion de la consultation pour le patron ou le résident sénior, prescriptions, suivi des résultats de tests).

Autres zones : Ils peuvent faire, au moins en partie, les consultations auprès des patients des deux autres zones. Le questionnaire des patients COVID suspectés doit se faire à distance, par téléphone, ou derrière une vitre de protection en plexiglas, lorsque possible, et avec l'EPI approprié à la situation.

La pertinence de faire faire l'examen physique d'un patient en zone jaune/tiède par le R1 ou R2, qui devra vraisemblablement être répété par le patron ou un médecin résident sénior superviseur, doit être discutée au sein de l'équipe médicale et bien justifiée pour limiter le nombre de personnes potentiellement exposées et l'utilisation des EPI. L'examen physique devrait conséquemment se faire par un membre sénior de l'équipe traitante lorsque possible.

R3 ET PLUS (ET R2 DE MÉDECINE FAMILIALE DANS LES 3 DERNIERS MOIS DE LEUR FORMATION) :

Les R3 et plus, de même que les R2 de médecine familiale dans les 3 derniers mois de leur formation, peuvent faire les consultations des patients des trois zones sur les différentes unités de soins, y compris l'urgence et aux étages. Le questionnaire des patients COVID+ ou suspectés doit se faire dans la mesure du possible, à distance, par téléphone, ou derrière une vitre de protection en plexiglas et avec l'EPI approprié à la situation.

La pertinence pour le médecin résident sénior de faire l'examen physique, s'il risque de devoir être répété en partie ou en totalité par le patron, doit être discutée au sein de l'équipe médicale et bien justifiée. La décision doit tenir compte du niveau de formation du médecin résident et de ses compétences dans le but de limiter le nombre de personnes potentiellement exposées et l'utilisation des EPI. La pertinence de refaire un examen physique fait tout récemment par un urgentologue ou un autre collègue sénior doit aussi être discutée et bien justifiée en fonction de l'évolution clinique du patient.

3. MÉDECINS RÉSIDENTS EN STAGE SUR LES UNITÉS DE SOINS CRITIQUES (UNITÉS DE SOINS INTENSIFS, UNITÉS CORONARIENNES)

NB: Chaque établissement a déterminé son mode de fonctionnement sur ses unités de soins critiques, ouvertes ou fermées, en fonction de la présence de zones chaudes, tièdes et froides (ou l'équivalent), avec les équipes médicales œuvrant sur ces unités de soins. Le rôle des médecins résidents doit être conforme à ce mode de fonctionnement ainsi qu'aux besoins exprimés par les équipes traitantes sur place. Le rôle des médecins résidents sera modulé, en fonction de la présence ou non de cas COVID+ (zones chaudes, tièdes et froides). Une supervision médicale adéquate doit être disponible dans les unités de soins intensifs ouvertes en tout temps.

R1 ET R2 :

Les R1 et R2 (excluant les R2 en médecine familiale dans les 3 derniers mois de leur formation) ne doivent pas prendre charge de patients COVID+ ou suspectés (en zone chaude ou tiède) sur ces unités de soins critiques. En effet, même en zone tiède, les conditions cliniques sous-jacentes ayant mené à l'admission aux soins intensifs ajoutées au risque possible d'infection à la COVID, sont habituellement au-delà des compétences d'un résident de ce niveau. Leur implication auprès des patients dans cette zone doit se limiter au soutien du patron ou du médecin résident sénior (collecte des données informatiques/papier, notes au dossier, prescriptions, suivi des résultats de tests).

Ils peuvent prendre charge de patients ayant atteint une stabilité clinique des zones froides de ces unités de soins.

R3 ET + (ET R2 DE MÉDECINE FAMILIALE DANS LES 3 DERNIERS MOIS DE LEUR FORMATION)

Les R3 et plus, de même que les R2 de médecine familiale dans les 3 derniers mois de leur formation, peuvent prendre charge de patients des zones chaudes, tièdes ou froides, le tout en conformité avec le mode de fonctionnement local de l'unité de soins et avec l'accord des équipes médicales sur place. Le niveau d'implication devra être discuté avec le responsable de stage, selon le niveau de formation du médecin résident et de ses compétences. Cette décision doit tenir compte de la consigne de limiter le nombre de personnes exposées et l'utilisation des EPI lors des questionnaires, des examens physiques et des gestes techniques.

Les équipes traitantes (patrons) de certaines unités de soins critiques pourraient refuser que des résidents qui ne sont pas dans leur dernière année de formation soient impliqués dans les soins des patients en zones chaudes et tièdes.

4. RÉSIDENTS EN STAGES SUR LES UNITÉS DE SOINS CLINIQUES NON CRITIQUES COVID+ (ZONE ROUGE/CHAUDE)

R1 et R2 :

Les R1 et R2 (excluant les R2 en médecine familiale dans les 3 derniers mois de leur formation) peuvent faire partie de l'équipe traitante sur l'unité de soins, mais leur implication auprès des patients COVID+ doit se limiter au soutien du patron ou du médecin résident sénior (collecte des données, notes au dossier, prescriptions, suivi des résultats de tests). Ils peuvent questionner les patients à distance (par téléphone par exemple), mais ne doivent pas examiner les patients afin de limiter le nombre de personnes exposées et l'utilisation des EPI.

R3 ET + (ET R2 DE MÉDECINE FAMILIALE DANS LES 3 DERNIERS MOIS DE LEUR FORMATION)

Les R3 et plus, de même que les R2 de médecine familiale dans les 3 derniers mois de leur formation, font partie de l'équipe traitante sur l'unité de soins. Ils peuvent évaluer et traiter les patients COVID+. Leur exposition devrait toutefois être limitée le plus possible (questionner les patients à distance par téléphone, ou autre moyen de communication).

Les examens physiques doivent être limités aux situations vraiment essentielles pendant les tournées, et ne pas devoir être répétés par le patron, afin de limiter le nombre de personnes exposées et l'utilisation des EPI. Le médecin traitant demeure au final le responsable de l'évaluation des patients admis à son nom, incluant la validation du questionnaire et de l'examen physique effectué par le médecin résident de son équipe lorsque nécessaire.

5. RÉSIDENTS EN STAGES SUR LES UNITÉS DE SOINS COVID- (ZONES BLEU/VERTE OU FROIDE)

Aucun changement par rapport aux pratiques habituelles,

SAUF les mesures particulières demandées par la PCI pour tout le personnel en contact avec des patients ou autres personnels de la santé (ex : hygiène des mains, port du masque et distanciation physique).

6. CONSULTATIONS EXTERNES ET GMF-U

Si un patient est suspecté (jaune/tiède) ou prouvé COVID+ (rouge/chaude) :

Les R1 ou un R2 (excluant les R2 en médecine familiale dans les 3 derniers mois de leur formation) ne doivent pas évaluer ce patient. Ces résidents peuvent toutefois agir en soutien au patron (collecte des données, notes au dossier, prescriptions, suivi des résultats de tests). Ils peuvent effectuer une entrevue à distance par téléphone, ou autre moyen de communication. L'examen physique doit être effectué par le patron.

Les R3 et +, de même que les R2 de médecine familiale dans les 3 derniers mois de leur formation. Ils peuvent évaluer ce patient. Les mêmes précautions doivent être prises pour l'entrevue (questionnaire) à distance et pour empêcher la duplication inutile de l'examen physique entre le médecin résident et le patron pour limiter le nombre de personnes exposées et l'utilisation des EPI. Le médecin traitant demeure au final le responsable de l'évaluation du patient incluant la validité du questionnaire et de l'examen physique effectué par le médecin résident.

7. PRÉSENCE DES MÉDECINS RÉSIDENTS EN SALLE D'OPÉRATION POUR LES CAS COVID+ (ROUGE/CHAUDE) OU SUSPECTÉS (JAUNE/TIÈDE)

Les médecins résidents des spécialités chirurgicales peuvent agir en tant qu'assistants auprès d'un patron, lorsqu'un patient COVID+ ou suspecté doit être opéré et **si la présence d'un médecin assistant (résident ou patron) est essentielle au déroulement de la chirurgie et que l'EPI approprié est disponible**. Le nombre de médecins (résident et patron) dans la salle d'opération doit être maintenu au minimum, afin de ne pas engendrer une utilisation non essentielle d'EPI et de minimiser le nombre de personnes exposées. **Le médecin résident le plus sénior (R3 +), disponible en stage (jour) ou sur la garde (soir, nuit, fin de semaine), doit agir en tant qu'assistant opératoire prioritairement sur les médecins résidents juniors (R1-2).**

La présence d'un médecin résident en salle d'opération, pour les chirurgies jugées à plus haut risque de contamination (ex : chirurgies de la sphère ORL), doit être discutée par l'équipe médicale et être bien justifiée. Elle devrait se limiter à des cas exceptionnels et aux résidents R3 +, si absolument nécessaire.

8. POLITIQUE DE GARDE ET COUVERTURE DU CODE BLEU ET ROSE

La politique de garde et de couverture du code Bleu et Rose s'applique en conformité avec les politiques des différents établissements, **comprenant entre autres les politiques spécifiques au code Bleu et Rose chez un patient COVID+**. Ces politiques doivent être diffusées aux médecins résidents, ainsi qu'aux patrons, et être sans ambiguïté quant aux rôles et responsabilités de chacun autant sur les heures ouvrables que sur les heures de garde.

Considérant la possibilité de retrait imprévu à courte échéance, autant d'un résident que d'un patron assigné au code Bleu ou Rose, une couverture en cascade de remplaçants devrait aussi être prévue et diffusée.

PHASE 2

POLITIQUE D'EXPOSITION DES MÉDECINS RÉSIDENTS

PANDÉMIE COVID-19



Les médecins résidents font partie de l'équipe médicale et doivent être impliqués dans l'évaluation et le traitement des patients COVID+ ou suspectés COVID+ si ces règles de base sont respectées :

- ➔ Le médecin résident a les compétences pour le faire.
- ➔ Des équipements de protection individuelle (EPI) sont disponibles et le médecin résident a reçu l'enseignement nécessaire pour les utiliser de façon appropriée.
- ➔ Le médecin résident est supervisé adéquatement.

ZONES

- **Verte** = froide/bleue
Clientèle sans COVID-19
- **Jaune** = tiède
Clientèle avec COVID-19 suspectée
- **Rouge** = chaude
Clientèle avec COVID-19 confirmée

- questionnaire à distance si possible
- examen physique adapté lorsque nécessaire avec EPI
- collecte de données; suivi d'exams
- rédaction d'une partie ou de la totalité de la consultations selon le niveau de résidence

Participation active
adaptée au niveau
de résidence

Participation limitée
rôle de soutien adapté
au résident sénior ou
au patron

STAGE	R1-R2 ^A	R2 ^B -R3-R4-R5	R1-R2 ^A	R2 ^B -R3-R4-R5
Urgence				
Consultation à l'urgence	● ●	● ● ●	●	
Consultation sur les unités de soins non critiques	● ●	● ● ●	●	
Unités de soins critiques (USI et unités coronariennes)	●	● ● ●	● ●	
Unités de soins non critiques COVID+		●	●	
Unités de soins COVID-	●	●		
Consultations externes GMF-U	●	● ● ●	● ●	

Bloc opératoire

Clientèle COVID+ ou suspectée :

- Si la présence d'un médecin assistant (résident ou patron) est essentielle au déroulement de la chirurgie et que l'EPI appropriée est disponible, le résident peut agir en tant qu'assistant.
- R3-R4-R5 disponibles en stage (jour) ou sur la garde (soir, nuit, fds) doit agir en tant qu'assistant opératoire prioritairement aux R1-R2.
- Les chirurgies jugées à plus haut risque de contamination (ex.: ORL) devraient se limiter à des cas exceptionnels et aux résidents R3+ si absolument nécessaire.

Toute duplication inutile d'examen physique (médecin résident junior, sénior et patron) sur un même patient COVID+ ou suspecté, doit être évitée afin de limiter le nombre de personnes exposées et l'utilisation des EPI. L'examen physique devrait conséquemment se faire par un membre sénior de l'équipe traitante afin d'éviter cette duplication.

A R2 en médecine familiale dont il reste plus de 3 périodes de stage à compléter avant la fin de sa résidence.
B R2 en médecine familiale dont il reste 3 périodes de stage et moins à compléter avant la fin de sa résidence.

Ce visuel trace un portrait condensé de l'exposition. Pour des informations plus détaillées, se référer au document : *Politique d'exposition clinique des médecins résidents Pandémie COVID-19 - Phase 2 VF du 7 avril.*



Algorithme de redéploiement des résidents et des résidentes Pandémie COVID-19

1. Mise en contexte :

La situation de pandémie **pourrait** nous obliger à redéployer les résidents et les résidentes rapidement dans un autre stage que celui prévu. Ce redéploiement, **si nécessaire**, devra se faire de façon coordonnée et concertée entre le vice-décanat (VD), les directions de programmes (DP) et les directions de l'enseignement universitaire (DEU). Le redéploiement devra se faire en maintenant autant que possible un équilibre entre le double rôle d'étudiant et d'étudiante, de travailleur et travailleuse de la santé des résidentes et des résidents touchés.

2. Un redéploiement pourrait avoir lieu dans diverses circonstances :

- a. **Le stage prévu n'est plus disponible sans préavis, plus valide pédagogiquement (ex : en raison du manque d'exposition) ou n'est plus accessible en raison de restriction de mouvements imposée par la pandémie** : ce premier type de redéploiement se fera à l'interne dans le programme concerné selon les stages qui demeurent disponibles. Chaque programme a élaboré son plan de contingence interne.
- b. **L'état d'urgence sanitaire est tel qu'il impose un redéploiement global**

Les algorithmes de redéploiement de ce document s'adressent principalement au point b. Tous les efforts possibles seront faits pour respecter l'algorithme.

3. Prérequis pour un bon fonctionnement des algorithmes :

1. Le redéploiement des résidents et des résidentes est conditionnel à ce qu'un **redéploiement optimal des équipes médicales** soit déjà fait au préalable.
2. Les besoins sont **exprimés et transmis rapidement** par les établissements et les services cliniques aux directions de l'enseignement universitaire (DEU).

3. Les DEU **transmettent rapidement** les besoins aux directions de programmes et au vice-décanat (les deux en CC simultané)
4. Les chaînes de commandement/décisions sont claires **au niveau des hôpitaux**
5. Les chaînes de commandement/décisions sont claires **au niveau des DEU**
6. Les chaînes de commandement/décisions sont claires **au niveau des programmes et du VD**
7. **Tous** respectent la chaîne de commandement/décisions
8. **Il n'y a pas de décision individuelle et locale sauf en cas d'urgence mettant la sécurité des patients et des patientes en danger, hors des heures ouvrables.** De telles décisions devront être validées dans les 24h.

4. Impacts sur la liste de garde :

La gestion de la liste de garde est sous la responsabilité des DEU et des ARC (assistants résidents coordonnateurs et assistantes résidentes coordonnatrices).

Toute mobilisation de résident et de résidente impliquant un changement de milieu de stage doit être simultanément évaluée par les deux DEU et ARC concernés par le mouvement (arrivée et départ) pour gérer les impacts sur la liste de garde. Si la mobilisation causait une découverte de la liste de garde, le cas devra être discuté avant son application en incluant la Direction des services professionnels (DSP) si nécessaire et une solution devra être trouvée et approuvée par tous avant le redéploiement.

5. Mobilisation des résidents et des résidentes pour la couverture des soins : scénarios possibles

***Idéalement**, la résidente et le résident sera avisé **par sa direction de programme** de sa relocalisation. **Exceptionnellement**, la résidente et le résident pourra être avisé directement par le vice-décanat ou la DEU si la mobilisation est urgente et que la direction de programme n'a pas pu être jointe. Le directeur et la directrice de programme informera le plus rapidement possible son comité de programme incluant le membre représentant des résidents et des résidentes sur le comité afin de les garder à jour sur les mouvements de résidents en cours dans leur programme.*

1er scénario :

Le besoin est local dans une installation ou un établissement et peut se régler avec le pool local de résidents et de résidentes du programme concerné : le plan de contingence du programme local s'applique. Le DP ou la DP ou son représentant ou sa représentante avise le VD et la DEU de la décision de redéploiement.

Idem pour soins critiques vs soins non critiques (solution locale favorisée).

2e scénario :

Le besoin local dans une installation ou un établissement ne peut se régler avec le pool local de résidents et de résidentes du programme concerné :

1. Le programme visé applique son plan de contingence et mobilise les résidents et les résidentes de son programme qui sont ailleurs dans une autre installation ou un autre établissement.
2. Si le programme ne peut pas mobiliser des résidents et des résidentes en provenance d'ailleurs ou le besoin est global, dépassant les besoins d'un programme spécifique :

2a. Le plan de redéploiement global s'applique en utilisant en priorité le pool de résident et de résidente de l'hôpital sur place.

- Unités de soins critiques : algorithme des soins critiques
- Unités de soins non critiques : algorithme des soins non critiques

2b. Si le pool de résident et de résidente de l'hôpital ne peut pas combler le besoin : le plan de redéploiement global s'applique en utilisant le pool de résidents et de résidentes des autres sites.

- Unités de soins critiques : algorithme des soins critiques
- Unités de soins non critiques : algorithme des soins non critiques

3e Scénario :

Les besoins sont critiques et les algorithmes ne peuvent être respectés : Le vice-décanat prend la décision conjointement avec la direction d'enseignement universitaire et la direction de programme concernée et la décision est finale et sans appel.

ALGORITHMES DE REDÉPLOIEMENT

A. Algorithme de redéploiement pour la couverture des soins critiques (USI, Ucoro, Urgence zones chaudes/rouges) :

1. **Utilisation prioritaire du pool local de résidents** et de résidentes en fonction du plan de contingence interne des programmes
2. **Utilisation prioritaire des résidents séniors (R3 et plus) et moniteurs cliniques des programmes suivants** selon leur disponibilité dans l'installation ou l'établissement en premier lieu ou dans une autre installation ou un autre établissement en deuxième lieu :

(NB : les programmes sont listés sans ordre précis)

- a. Soins intensifs
 - b. Médecine d'urgence MU5
 - c. Anesthésiologie
 - d. Médecine interne tronc commun
 - e. Médecine interne générale
 - f. Sur-spécialités post tronc commun de médecine interne (R4+)
 - g. Programme MU3 (urgence seulement, selon la recommandation du directeur de programme selon le niveau de compétence)
 - h. Disciplines chirurgicales (excluant ophtalmologie)
 - i. Pédiatrie (pour les soins critiques pédiatriques)
 - j. Psychiatrie (pour l'urgence psychiatrique)
3. Autres résidents et résidentes ensuite si pénurie globale (dans l'ordre de l'algorithme des soins non critiques).
 4. Les moniteurs cliniques pourront être mobilisés si jugé aptes par leurs directions de programmes en fonction de l'évaluation de leurs compétences.

B. Algorithme de redéploiement sur les unités de soins non critiques (incluant les unités COVID +)

1. **Mobilisation prioritaire du pool local de résidents et de résidentes du programme** en fonction du plan de contingence des programmes
2. **Mobilisation prioritaire des résidentes et résidents juniors R1 et R2 de tous les programmes. Les séniors R3 + seront laissés autant que possible en stage dans leur discipline si leurs services ne sont pas requis sur une unité de soins critiques.** Ils seront mobilisés sur les unités de soins non critiques seulement si pénurie de R1 et R2. Les R1 de pédiatrie pourront être mobilisés sur les unités de soins adultes si nécessaires en dernier recours. **Les R2 + de pédiatrie ne seront pas mobilisés sur les unités de soins adultes.**
3. **Les R1 e R2 de médecine familiale** seront mobilisables sur les unités de soins non critiques si leurs services ne sont pas considérés essentiels dans les GMF-U.
4. **Mobilisation des résidents et des résidentes MU3 à l'urgence en priorité.**
5. **Les R1 des disciplines suivantes** pourront également être mobilisés sur les unités de soins :
 - a. Anatomopathologie
 - b. Radiologie diagnostique
 - c. Psychiatrie
 - d. Santé publique (en dernier recours, leurs compétences étant requises dans leur programme en raison de la pandémie)
6. **Les R2 et plus des disciplines mentionnées en 5 pourront être mobilisés pour des tâches spécifiques au besoin** (ex : dépistage, triage, tâches cléricales essentielles) **mais seront laissés autant que possible dans leur discipline d'attache.** Les résidents et résidentes de médecine familiale pourront aussi être mobilisés sur ces tâches en tenant compte du point 3.
7. **Les services d'urgence (zones froides ou vertes) pourront faire partie de cette portion de l'algorithme** : à déterminer au cas par cas. Il n'est pas exclu que les zones tièdes ou jaunes soient éventuellement visées.
8. **En cas d'urgence extrême, tous les résidents et résidentes de tous les programmes pourront être mobilisés dans les limites de leurs compétences.**



Marie Arsenault M.D.

Vice-doyenne aux études médicales postdoctorales