

État de dossier

Courrier initial

20-MS-07866

De :

Ministre

Organisme :

Date : 2020-08-09

Objet: Courriel à L. Carmant de Marie-Josée Sansoucy (bur. dép. de Taillon) [REDACTED]
Transmet un article intitulé Binding Ligands that Straddle an Important Contact Site on
the RBD of the Covid-19 Spike Protein - Demande d'information

Commentaire:

Unité:	CABINET	Responsable:	Sara-Maude Boyer-Gendron
Sous-unité:	Ministre	Accusé de réception:	
Classement:	9999 99 - X		
Statut:	Fermé 2020-08-24		



Action

Destinataire: Sara-Maude Boyer-Gendron

Envoi	Échéance	Réalisation
2020-08-18	2020-08-20	2020-08-24

À faire: 0. Commande à placer

Résultat:

Action

Destinataire: Jérémie Casavant-Dubois

Envoi	Échéance	Réalisation
2020-08-18	2020-08-18	2020-08-18

À faire: 8. Pour information

Résultat:

Action

Destinataire: Horacio Arruda

Envoi	Échéance	Réalisation
2020-08-24	2020-08-24	2020-08-24

À faire: 5. Donner la suite appropriée

Résultat:

Action

Destinataire: INSPQ

Envoi	Échéance	Réalisation
2020-08-24	2020-08-24	2020-08-24

À faire: 8. Pour information

COMMANDE 1		20-MS-07866
Responsable* :	Sara-Maude Boyer-Gendron/CM/MSSS/SSSS (CABINET)	
Destinataire* :	SP - DGSP - Horacio Arruda	
En concertation /pour info :	INSPQ	
	<input type="checkbox"/> Urgent	
<input type="checkbox"/>	Préparer lettre	
<input type="checkbox"/>	État de situation	
<input type="checkbox"/>	Avis de pertinence	
<input checked="" type="checkbox"/>	Donner la suite appropriée	
	<input type="checkbox"/> Nous informer	
	Attentes particulières (explications)* :	
<input type="checkbox"/>	Joindre au dossier	
<input type="checkbox"/>	Pour information	
<input type="checkbox"/>	Classer/sans action	

ACCUSÉ DE RÉCEPTION	
Fichiers joints :	[Aucun fichier joint]

Commentaires :

Historique

De : [Ministre Délégué](#)
A : [MSSS - Secrétariat administratif](#)
Objet : TR: Straddling ligands
Date : 14 août 2020 11:28:09
Pièces jointes : [BioRxiv_Straddle.pdf](#)

De : Sansoucy, Marie-Josée <Marie-Josée.Sansoucy@assnat.qc.ca>
Envoyé : 14 août 2020 11:26
À : Ministre Délégué <ministre.delegue@msss.gouv.qc.ca>
Objet : TR: Straddling ligands

Avertissement automatisé : Ce courriel provient de l'extérieur de votre organisation. Ne cliquez pas sur les liens et les pièces jointes si vous ne reconnaissez pas l'expéditeur.

De : [REDACTED]
Envoyé : 9 août 2020 12:04
À : Carmant, Lionel (Taillon) <Lionel.Carmant.TAIL@assnat.qc.ca>
Objet : Straddling ligands

Dear Dr. Carmant,

I hope you are in good health.

Please find attached an article on ligands for Covid-19. In this paper there are ligands that bind strongly to RBD of the Covid-19 spike protein and may block attachment to hACE2. I need an assay to measure the binding affinity of the ligand-RBD complex to hACE2. Might the ministry of health have facilities that can do this computationally or experimentally?

Any suggestions would be greatly appreciated.

Best regards,

[REDACTED]

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 10 août 2020

Madame Nicole Damestoy
Présidente-directrice générale
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3

Madame la Présidente-Directrice générale,

La Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est heureuse d'accorder à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) une subvention non récurrente de 131 725 \$ pour l'année 2020-2021, et ce, pour la réalisation d'une évaluation des discours et sources d'information partagés en ligne par la population québécoise en lien avec la pandémie de coronavirus.

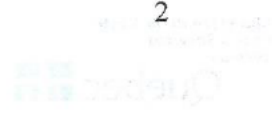
La compréhension des messages de santé publique par la population est essentielle pour favoriser l'adhésion aux recommandations de santé publique. Le but du projet est de non seulement évaluer les perceptions quant à la pandémie mais également les sources d'information et la compréhension des messages. L'étude sera réalisée par le Bureau d'information et d'études en santé des populations.

Le versement se fera en deux temps. Un premier versement de 112 000 \$ vous sera versé prochainement. Le deuxième versement vous sera octroyé au moment du dépôt du rapport final et des recommandations attendues en décembre 2020.

Une reddition de comptes vous sera demandée à cet effet.



... 2



Pour plus d'information, nous vous invitons à joindre madame Julie Soucy, directrice de la surveillance de l'état de santé, par téléphone au 418 266-6775.

Veillez agréer, Madame la Présidente-Directrice générale, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint,



Horacio Arruda, M.D., FRCPC

c. c. Mme Valérie Émond, INSPQ
Mme Julie Soucy, MSSS

N/Réf. : 20-OS-00003

REÇU
DIRECTION GÉNÉRALE
MSSS
13 12 20
P22F-05

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 28 août 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS
GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Depuis le 13 mars dernier, une série de mesures visant à protéger la santé de la population face à la pandémie de la COVID-19 ont été mises en place dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Conjuguées aux conséquences de la crise sur la disponibilité des ressources humaines et matérielles, certaines d'entre elles, notamment le délestage des activités jugées non essentielles et la réaffectation de personnel appartenant à différentes catégories d'emploi et unités administratives pour combler les besoins en effectifs des milieux de vie pour aînés, ont modifié substantiellement l'exposition au risque des établissements au chapitre de la responsabilité.

Afin de protéger la pérennité des protections prévues au Régime d'indemnisation de dommages du RSSS, et dans le but de bien répondre aux besoins découlant des mesures mises en place en contexte de pandémie, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux (DARSSS), a instauré une protection d'assurance spécifique à la pandémie de la COVID-19 (PRASCOVID-19). Sommairement, cette protection s'applique aux établissements publics de santé et de services sociaux au regard des réclamations fondées sur des allégations de préjudice liées aux circonstances spécifiques de la COVID-19, ainsi qu'au personnel déployé exceptionnellement dans les milieux de vie pour aînés.

...2

Des informations détaillées sur les paramètres de la PRASCOVID-19 vous seront communiquées par la DARSSS au cours des prochains jours. Nous vous prions d'en prendre connaissance et de partager cette information au personnel concerné de votre organisation. Il est à noter que la protection PRASCOVID-19 est en vigueur jusqu'au 30 septembre 2020, mais qu'elle pourrait être prolongée selon l'évolution de la situation.

Veillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre adjoint,



Pierre-Albert Coubat

- c. c. Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux
- Directrices et directeurs des ressources financières des établissements publics de santé et de services sociaux
- Directrices et directeurs des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques des établissements publics de santé et de services sociaux
- M^{me} Carolina Sarappa, DARSSS
- M^{me} Dominique Savoie, MSSS

N/Réf. : 20-FA-000243

Sandra Tremblay

Objet:

TR: Tables de concertation en contexte de la COVID

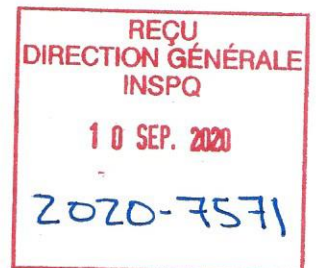
De : Alexandra Gagné-Barbeau [<mailto:alexandra.gagne-barbeau.dgsp@msss.gouv.qc.ca>] **De la part de** Horacio Arruda

Envoyé : 10 septembre 2020 11:13

À : Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>

Cc : André Dontigny <Andre.Dontigny@msss.gouv.qc.ca>; Yves Jalbert <Yves.Jalbert@msss.gouv.qc.ca>; Sylvie Poirier
MSSS <Sylvie.Poirier@msss.gouv.qc.ca>

Objet : Tables de concertation en contexte de la COVID



Bonjour à tous,

Compte tenu des obligations en contexte d'urgence sociosanitaire, les travaux usuels des tables de concertation sont suspendus jusqu'à nouvel ordre. Selon les disponibilités des organisations (DSPu, DGSP, INSPQ), des travaux prioritaires dont l'intensité doit être modulée pourront se poursuivre dans la mesure où ils ne nuisent pas ou sont complémentaires aux activités urgentes que nous devons mener à bien.

En vous remerciant de votre compréhension et de votre grande collaboration.

Alexandra Gagné-Barbeau pour,

Horacio Arruda, M.D. FRCPC
Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 12e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 266-6701 Téléc. : (418) 266-6707



DARSSS 2020-09
Émis le 18 septembre 2020

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTION GÉNÉRALE
À LA PRÉSIDENTE-DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE
À LA DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES
À LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES
À LA DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES
À LA DIRECTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DE LA LOGISTIQUE
AU GESTIONNAIRE DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ
AU PORTEUR DU DOSSIER DES ASSURANCES

REÇU
DIRECTION GÉNÉRALE
INSPQ

18 SEP. 2020

2020-7570

Objet : Mise en place de la protection d'assurance de responsabilité autofinancée spécifique à la pandémie de la COVID-19 « PRASCOVID-19 »

Madame,
Monsieur,

Pour faire suite au communiqué envoyé le 28 août dernier par M. Pierre-Albert Coubat, sous-ministre adjoint de la Direction générale du financement, de l'allocation des ressources et du budget du MSSS, nous désirons vous informer que la DARSSS a mis en place une nouvelle protection d'assurance de responsabilité, spécifique à la pandémie de la COVID-19, destinée aux établissements publics de santé et de services sociaux ainsi qu'au personnel externe au RSSS déployé exceptionnellement dans les milieux de vie pour usagers (ex. aînés).

Elle se nomme la « PRASCOVID-19 ».

La décision de mettre en place la PRASCOVID-19 découle des diverses considérations, dont principalement :

- un resserrement du marché actuel de l'assurance de dommages, caractérisé par une diminution de l'offre de protections d'assurance (la capacité) et une augmentation des primes exigées par les compagnies d'assurance. Ces changements découlent de l'émergence des catastrophes naturelles, d'un manque de rentabilité chez les assureurs et d'une baisse de rendement de leurs investissements ;
- la pérennité des protections actuelles d'assurances prévues par le Régime d'indemnisation de dommages du RSSS, étant donné la modification substantielle de l'exposition aux risques des établissements au chapitre de la responsabilité, en contexte de la pandémie de la COVID-19.

La PRASCOVID-19 bénéficie d'un autofinancement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et est en vigueur pour la période d'assurance débutant le 1^{er} avril 2020 et se terminant le 31 décembre 2020, avec la possibilité d'une prolongation qui, le cas échéant, vous sera communiquée ultérieurement.

Vous trouverez, en annexe, le document qui présente un résumé de la PRASCOVID-19 et qui s'intitule : « Note de couverture de la protection de responsabilité autofinancée spécifique à la pandémie de la COVID-19 « PRASCOVID-19 ».

Nous profitons aussi de l'occasion pour vous rappeler que vous pouvez compter sur l'équipe de la DARSSS pour vous appuyer pendant cette période de crise de la COVID-19. Vous pouvez continuer à nous joindre par courriel ou à nos numéros de téléphone habituels.

Pour terminer, nous avons accès à un nombre limité de personnes à qui nous distribuons ce communiqué. Nous vous remercions donc de bien vouloir le diffuser aux intervenants également concernés dans votre établissement.

Nous vous remercions de la bienveillante attention que vous porterez au présent communiqué.

Source : Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux (DARSSS)

Pour information :

Filomena Calabrese

Conseillère en assurances
Téléphone : 514-282-4254
filomena.calabrese.darsss@ssss.gouv.qc.ca

Ramona Cosma

Conseillère en assurances
Téléphone : 514-282-4236
ramona.cosma.darsss@ssss.gouv.qc.ca

André Lamarche

Adjoint à la directrice et chef service expérience-client
Téléphone : 514 282-4204
andre.lamarche.darsss@ssss.gouv.qc.ca

- p. j. : 1. Communiqué daté du 28 août 2020 de M. Pierre-Albert Coubat.
2. Note de couverture de la protection de responsabilité autofinancée spécifique à la pandémie de la COVID-19 « PRASCOVID-19 ».



NOTE DE COUVERTURE DE LA PROTECTION DE RESPONSABILITÉ AUTOFINANCÉE SPÉCIFIQUE À LA PANDÉMIE DE LA COVID-19 « PRASCOVID-19 »

1. Mise en contexte

Les conséquences de la pandémie sur la disponibilité des ressources humaines et matérielles, conjuguées aux changements introduits dans les pratiques du réseau de la santé et des services sociaux (« RSSS ») dans le contexte de l'urgence sanitaire – notamment le délestage de certains services jugés non-essentiels et la réaffectation de personnel appartenant à différents corps d'emploi externes au RSSS pour combler les besoins en effectifs des milieux de vie pour usagers (ex. aînés) – ont modifié substantiellement l'exposition aux risques des établissements au chapitre de la responsabilité civile et professionnelle ainsi que la responsabilité civile des administrateurs et dirigeants, d'où la nécessité de disposer d'une protection de responsabilité spécifique à la pandémie de la COVID-19.

Cette protection de responsabilité couvre :

- le coût des réclamations fondées sur des allégations de préjudice liées aux circonstances spécifiques de la COVID-19 et visant les établissements publics ainsi que les autres assurés du Régime d'indemnisation de dommages du RSSS « Régime » ;
- le coût des réclamations fondées sur des allégations de préjudice liées aux circonstances spécifiques de la COVID-19 et visant le personnel autre que les employés du réseau qui sont affectés temporairement pour prêter main-forte dans les CHSLD publics, privés conventionnés, privés non-conventionnés, les RI-RTF et les RPA ;

2. Financement

Autofinancement par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

3. Protection

Une protection en responsabilité civile, professionnelle et civile des administrateurs et dirigeants pour les réclamations ou poursuites découlant de dommages corporels, matériels ou financiers causés aux usagers ou à des tiers dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

3.1 Responsabilité civile : les conséquences pécuniaires pouvant incomber à un assuré à la suite de blessures corporelles ou de dommages matériels causés accidentellement à des usagers ou à des tiers incluant la responsabilité civile locative. Exemples : chute de visiteurs sur les lieux de l'établissement, dommages causés aux lieux loués ou utilisés par l'établissement, bris ou vol d'effets personnels des usagers confiés à la garde de l'établissement (prothèse dentaire, auditive, visuelle, etc.), arrêt d'un respirateur en raison d'un dégât d'eau.

3.2 Responsabilité professionnelle : les conséquences pécuniaires pouvant incomber à un assuré pour des dommages découlant de la prestation fautive de services de santé et de services sociaux par un assuré. Exemples : préjudice relié à la COVID-19, contamination d'un usager, retard dans les chirurgies, décompte incomplet de gazes ou d'instruments lors de chirurgie, manœuvre ou procédure fautive/non conforme aux règles de l'art, défaillance d'équipement, erreur de médication, défaut dans l'entretien ou la stérilisation du matériel, évaluation erronée de l'état d'un usager.



3.3 Responsabilité civile des administrateurs et dirigeants : les conséquences pécuniaires réclamées par un tiers pour des dommages découlant d'une erreur administrative ou d'un acte administratif accompli par un assuré dans l'exercice de ses fonctions pour un organisme assuré incluant la responsabilité liée à la pratique d'emploi. Exemples : libelle ou diffamation, manquement à un devoir, négligence, fermeture de ressource d'hébergement lorsque la sécurité des usagers est compromise, bris de confidentialité du dossier de l'utilisateur, erreur dans l'attribution des offres de service, refus ou retrait de privilèges à un médecin, interdiction de la présence des conjoints, familles ou proches.

4. Libellés

Libellés d'assurance responsabilité civile, professionnelle et civile des administrateurs et dirigeants du Régime géré par la DARSSS.

5. Montant de protections

Aucune limitation sur le montant de la protection ; les frais d'enquête, de défense et indemnité sont inclus, sans limite d'ensemble.

6. Période d'assurance

Du 1^{er} avril 2020 au 31 décembre 2020 – renouvelable par le MSSS.

Date de rétroactivité : date de la déclaration de pandémie par l'OMS : 11 mars 2020.

Période de prolongation : dix (10) ans après la date d'expiration.

7. Les assurés visés par la PRASCOVID-19

- les établissements et autres assurés du Régime ;
- le personnel et les étudiants des commissions scolaires, Cégeps publics et du réseau de l'Université du Québec ;
- les militaires, techniciens médicaux et infirmières des forces armées canadiennes ;
- les employés des entreprises d'économie sociale en soutien à domicile ;
- toute personne accomplissant une aide humanitaire et n'étant plus membre d'un ordre professionnel de la santé et ne bénéficiant plus d'assurance de responsabilité professionnelle ;
- toute autre personne spécifiquement mobilisée ou employée et déployée dans le RSSS à la demande du Premier ministre du Québec ou du ministre de la Santé et des Services sociaux, à l'exception des dentistes et des médecins pour leurs actes de nature clinique.

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 16 septembre 2020



Madame Nicole Damestoy
Présidente-directrice générale
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3

Madame la Présidente-Directrice générale,

Dans la foulée des mesures adoptées jusqu'à présent par les autorités du gouvernement pour protéger la santé et le mieux-être de la population du Québec et réagir de manière responsable à la pandémie de la COVID-19, nous sommes heureux de vous accorder une allocation maximum supplémentaire d'urgence de 2 125 000 \$ pour l'année financière 2020-2021.

Cette aide d'urgence vise à répondre aux besoins émergents directement liés à la crise et vous sera allouée en deux versements. Un premier versement de 850 000 \$, équivalant à 40 % de la somme, vous sera transmis dans les plus brefs délais. Le solde vous sera versé à la suite de l'analyse de la reddition de comptes au 31 mars 2021 (voir pièce jointe). De ce montant total, un maximum de 10 % peut être utilisé pour soutenir vos équipes pour les besoins d'encadrement et de soutien.

Vous devrez transmettre une première reddition de comptes selon le gabarit joint, au plus tard le 15 novembre 2020, pour les activités en date du 31 octobre 2020. La reddition de comptes pour les dépenses encourues jusqu'au 31 mars 2021 devra être transmise au 30 avril 2021.

Le financement accordé doit permettre la mise en œuvre de ces interventions directement liées à la pandémie de la COVID-19 :

- Mandat confié par la Direction de la vigie sanitaire pour développer et mettre en œuvre la surveillance et la vigie de la COVID-19;

... 2

- Rehaussement de l'équipe Gépiter pour le soutien aux directions de santé publique en cas d'éclosions dans les différents milieux;
- Soutien dans différents volets, notamment en santé au travail.

Ces volets d'interventions feront l'objet d'un mandat détaillé qui sera explicité dans les prochaines semaines. De plus, une rencontre pourra être réalisée pour préciser les attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux au regard de ces interventions.

Les redditions de comptes devront être transmises à madame Marie-Ève Bédard, sous-ministre adjointe à la Direction générale des opérations, de la surveillance, de la planification et de la coordination en santé publique, par courriel à l'adresse suivante : marie-eve.bedard@msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information, nous vous invitons à joindre madame Nadia Campanelli, directrice de la planification et du développement en santé publique, par courriel à l'adresse suivante : nadia.campanelli@msss.gouv.qc.ca ou par téléphone au 418 266-8363.

Veuillez agréer, Madame la Présidente-Directrice générale, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint,



Horacio Arruda, M.D., FRCPC

p. j.

c. c. Marie-Ève Bédard, MSSS
Mme Nadia Campanelli, MSSS

N/Réf. : 20-OS-00001-01

Éric Bédard

De: Nicole Damestoy
Envoyé: 24 septembre 2020 11:56
À: Dominique Savoie
Cc: Horacio Arruda (horacio.arruda@msss.gouv.qc.ca); christian.dube@msss.gouv.qc.ca
Objet: Mandats du Laboratoire de santé publique du Québec dans la crise de la COVID-19
Pièces jointes: 2020-09-24_LET_Savoie_Dominique_SM_Mandats_LSPQ_COVID.pdf



Le 24 septembre 2020

Madame la Sous-Ministre,

Je vous invite à prendre connaissance de la lettre ci-jointe, sous ma signature, relativement aux mandats du Laboratoire de santé publique du Québec dans la crise de la COVID-19.

Recevez, Madame la Sous-Ministre, mes salutations distinguées.

Nicole Damestoy
Présidente-directrice générale
945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
418 650-5115 - poste 5336
nicole.damestoy@inspq.qc.ca

INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique
www.inspq.qc.ca

Ce message peut renfermer des renseignements protégés ou des informations confidentielles. Si vous l'avez reçu par erreur, ou s'il ne vous est pas destiné, veuillez en prévenir immédiatement l'expéditeur et effacer ce courriel.
Par respect pour l'environnement, imprimer ce courriel seulement si nécessaire.

PAR COURRIEL

Le 24 septembre 2020

Madame Dominique Savoie
Sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : Mandats du Laboratoire de santé publique du Québec dans la crise de la COVID-19

Madame la Sous-Ministre,

La crise sanitaire actuelle mobilise toutes les ressources du réseau de la santé et des services sociaux et celles de l'Institut national de santé publique du Québec n'y font pas exception. Comme discuté, lors de notre rencontre du 21 septembre 2020, nous vous confirmons notre plein engagement à soutenir la décision des autorités ministérielles ainsi que des directeurs régionaux de santé publique, avec les données scientifiques rigoureuses et à jour. Tout le personnel de l'INSPQ est mobilisé pour que nos avis scientifiques soient disponibles dans des délais soutenant les décisions de santé publique dans cette crise.

Au cours des dernières semaines, il a été demandé que le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) fasse sa part d'analyses de tests PCR de COVID-19 de 1^{er} niveau, aux côtés des quelque 80 laboratoires publics et privés engagés dans le défi collectif d'identification précoce des cas.

Lors de la première vague de COVID-19, le LSPQ a été fortement mobilisé pendant les premières semaines de la crise. Après avoir développé le test PCR en janvier 2020, il a été le seul à pouvoir l'offrir, tandis que les capacités du réseau de laboratoires de tester se déployaient. Pendant ces quelques semaines, la capacité de tests du LSPQ semblait importante, mais elle était disponible au prix d'un délestage complet et immédiat de toute autre activité.

Dans cette deuxième vague, le réseau des laboratoires offrant des tests est bien établi. En tant que laboratoire de référence en santé publique au Québec, le LSPQ est doté d'une équipe de professionnels et de technologues qui maîtrisent des techniques de pointe qui sont idéalement mises à profit pour des travaux d'expertise en lien avec la COVID-19 et dans des activités de contrôle de qualité tout aussi essentiels.

Le LSPQ a une capacité de faire 400 tests par jour (800 / jour lorsque les échantillons peuvent être mis en commun), ce qui paraît bien peu dans l'ensemble des quelque 25 000 analyses quotidiennes requises. Contrairement aux laboratoires du réseau, il n'est pas doté des équipements permettant d'automatiser les étapes requises et les espaces ne sont pas adaptés pour les analyses à grande échelle, ce qui limite sa capacité technique,

... /2

Certes, dans la crise actuelle, tout apport est significatif. Cependant, ceci signifie de mobiliser la même équipe qui serait par ailleurs affairée à des travaux d'optimisation et de contrôle de qualité des tests COVID-19. À titre d'exemple, ces travaux visent :

- L'accréditation des nouveaux laboratoires pour analyse PCR : préparation, envoi, analyse des panels de validation, tests d'aptitude, tests de confirmation et contrôles positifs. Soutenir les laboratoires dans leurs processus d'accréditation en fournissant des conseils d'experts et rédaction des rapports d'accréditation;
- L'optimisation du PCR : validation de nouvelles méthodologies pour optimiser les différentes étapes (pooling, extraction et PCR) du test : comment faire plus rapidement ou comment faire différemment pour pallier au manque de réactifs tout en s'assurant que le test demeure valide;
- Le contrôle de qualité de lots d'écouvillons avant leur distribution (différentes étapes de validation) : Tests de relargage, inhibition, stérilité et essai clinique;
- La validation de différents milieux de transport commerciaux et maisons pour face aux pénuries appréhendées;
- La validation du prélèvement salivaire sur différentes méthodologies PCR utilisées dans le réseau;
- La validation de la qualité de différentes trousse commerciales d'analyse sérologique pour soutenir les décisions d'achat provinciales;
- Le développement d'un test Multiplex qui permet d'analyser, à l'aide d'un même échantillon, la COVID-19, l'Influenza A et B ainsi que le virus respiratoire syncytial, en circulation appréhendée cet hiver. Lorsque le test sera disponible, toutes les étapes de validations sur les différents appareils dans les laboratoires du réseau devront être reprises pour s'assurer de la qualité de cette nouvelle analyse. La disponibilité d'un seul test permettant de discerner la COVID des autres virus respiratoires aura des implications pratiques importantes pour la prise en charge clinique des patients;
- Les études sur la durée de contagion de l'infection et les chaînes de transmission pour faire évoluer les pratiques et aider la santé publique à mieux cibler ses interventions.

À ceci s'ajoutent les travaux de contrôle de qualité des laboratoires pour toutes les autres analyses qui continuent en sus de la COVID et les analyses de référence de santé publique qui sont requises (tuberculose, virus du Nil, maladie de Lyme, VIH etc.).

Au final, nous désirons participer pleinement à l'effort collectif de lutte contre la COVID-19, mais soumettons à votre jugement, les éléments propres à notre mandat d'expertise qui ne sauraient être délestés sans que d'autres conséquences soient perceptibles à très court terme, pour la gestion de la COVID même et pour les autres dimensions de protection de la santé publique.

Nous demeurons disponibles pour toute discussion supplémentaire à cet égard.

Veuillez agréer, Madame la Sous-Ministre, l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

La présidente-directrice générale



Nicole Damestoy

c. c. M. Christian Dubé, MSSS
Dr Horacio Arruda, MSSS

Éric Bédard

De: Nicole Damestoy
Envoyé: 30 septembre 2020 21:25
À: Nicole Damestoy
Objet: Crédits FMC section 1 à finaliser Webinar | COVID-19 vaccine development: An update |

De : CPHA Webinars [mailto:no-reply@zoom.us]

Envoyé : 30 septembre 2020 11:50

À : Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>

Objet : Thank you for attending Webinar | COVID-19 vaccine development: An update | Merci d'avoir participé



Le français suit

Hi Nicole Damestoy,

Thank you for attending the webinar - Webinar | COVID-19 vaccine development: An update. We hope you enjoyed our event.

Please submit any general comments to: webinars@cpha.ca.

Thank you for participating in our webinar entitled "COVID-19 vaccine development: An update" on 29 September 2020. We were extremely pleased with the turnout and the lively question period. We would be grateful for your feedback. If you have not already done so, please take a moment to share your thoughts by responding to a brief survey: <https://form.simplesurvey.com/f/s.aspx?s=c084bf77-3950-4f2c-9459-0733e8d9dd0d>

You can view the webinar recording on YouTube: <https://youtu.be/FAZxWDwqxOs>

You can download the presentation slides (PDF, 1.5 MB) from our website:

<https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/webinars/200929-COVID19-webinar-final.pdf>

Bonjour Nicole Damestoy,

Merci d'avoir participé au webinaire - Webinar | COVID-19 vaccine development: An update. Nous espérons que vous avez apprécié notre événement.

Vous pouvez soumettre vos commentaires à : webinars@cpha.ca.

Thank you for participating in our webinar entitled "COVID-19 vaccine development: An update" on 29 September 2020. We were extremely pleased with the turnout and the lively question period. We would be grateful for your feedback. If you have not already done so, please take a moment to share your thoughts by responding to a brief survey: <https://form.simplesurvey.com/f/s.aspx?s=c084bf77-3950-4f2c-9459-0733e8d9dd0d>

You can view the webinar recording on YouTube: <https://youtu.be/FAZxWDwqxOs>

You can download the presentation slides (PDF, 1.5 MB) from our website:

<https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/webinars/200929-COVID19-webinar-final.pdf>

Éric Bédard

De: Nicole Damestoy
Envoyé: 30 septembre 2020 21:23
À: Estelle Voyer; Claude Bernier
Objet: TR: DOSSIER PRÊT POUR SIGNATURE - INSPQ-10193 Acquisition de réactifs pour des tests de dépistage de la COVID-19 (sondes et amorces)
Pièces jointes: BC 23527.pdf; INSPQ-10193 Annexe 2 #133808.rtf; INSPQ-10193 Formulaire Approbation Budgétaire_KD.doc; INSPQ-10193 Justification Contrat Approvisionnement GRÉ À GRÉ.docx

Bonjour Estelle

J'autorise la signature du contrat INSPQ-10193 avec la firme Integrated DNA Technologies pour l'acquisition de réactifs pour des tests de dépistage de la COVID-19 (sondes et amorces) tel que décrit ci-haut.

SVP apposer ma signature électronique sur l'annexe #2 ainsi que sur le bon de commande 23527 et faire suivre selon les processus habituels.

Merci à l'avance

Cordiales salutations

Nicole

De : Claude Bernier

Envoyé : 30 septembre 2020 08:26

À : Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>

Cc : Yves Michaud <Yves.Michaud@inspq.qc.ca>; Éric Laliberté <eric.laliberte@inspq.qc.ca>

Objet : TR: DOSSIER PRÊT POUR SIGNATURE - INSPQ-10193 Acquisition de réactifs pour des tests de dépistage de la COVID-19 (sondes et amorces)

Bonjour Nicole,

INSPQ-10193 Acquisition de réactifs pour des tests de dépistage de la COVID-19 (sondes et amorces)

MISE EN CONTEXTE:

Le présent contrat porte sur l'acquisition de réactifs pour des tests de dépistage des réactifs pour des tests de dépistage de la COVID-19 (sondes et amorces).

Le bon de commande ainsi que l'annexe 2 sont à signer.

Merci

Claude

De : Yves Michaud

Envoyé : 30 septembre 2020 08:12

À : Claude Bernier <claude.bernier@inspq.qc.ca>

Cc : Éric Laliberté <eric.laliberte@inspq.qc.ca>

Objet : TR: DOSSIER PRÊT POUR SIGNATURE - INSPQ-10193 Acquisition de réactifs pour des tests de dépistage de la COVID-19 (sondes et amorces)

Bonjour Claude,

Voici un dossier pour signature.

Yves Michaud

Chef de service des ressources matérielles
et de la gestion contractuelle

Institut national de santé publique du Québec

945 avenue Wolfe, Québec, Québec G1V 5B3

Téléphone: 418 650 5115 poste 5858

yves.michaud@inspq.qc.ca

INSPQ - Centre d'expertise et de référence en santé publique INSPQ

www.inspq.qc.ca

De : Éric Laliberté

Envoyé : 29 septembre 2020 21:43

À : Yves Michaud <Yves.Michaud@inspq.qc.ca>

Objet : DOSSIER PRÊT POUR SIGNATURE - INSPQ-10193 Acquisition de réactifs pour des tests de dépistage de la COVID-19 (sondes et amorces)

Allo,

Voici un dossier prêt pour signature:

INSPQ-10193 Acquisition de réactifs pour des tests de dépistage de la COVID-19 (sondes et amorces)

MISE EN CONTEXTE:

Le présent contrat porte sur l'acquisition de réactifs pour des tests de dépistage des réactifs pour des tests de dépistage de la COVID-19 (sondes et amorces).

Le bon de commande ainsi que l'annexe 2 sont à signer.

Merci

ERIC

Éric Bédard

De: adjunct_profs_eboh <ADJUNCT_PROFS_EBOH@LISTS.MCGILL.CA> de la part de Katherine Hayden - Grad. Coord EBOH <gradcoord2.eboh@MCGILL.CA>
Envoyé: 1 octobre 2020 09:14
À: ADJUNCT_PROFS_EBOH@LISTS.MCGILL.CA
Objet: [ADJUNCT_PROFS_EBOH] Pharmacoepi Journal Club: Monday October 5th at 11:30 AM
Pièces jointes: Arshad 2020.pdf; Flyer Pharmaco Journal Club_ 05102020.pdf

Message sent on behalf of Vanessa Brunetti.

Hi everyone,

Please join us for our virtual Pharmacoepi Journal Club session on **Monday, October 5th** from **11:30AM-12:30PM**. The Zoom meeting link and password have been provided below. The online meeting room will be open from 11:20 AM, so we may promptly begin our journal club.

Vanessa Brunetti will be presenting the paper, "Treatment with hydroxychloroquine, azithromycin, and combination in patients hospitalized with COVID-19". Attached are the paper, supplementary material, and flyer for more information.

We would like to ask **students and trainees** to turn on their videos upon joining but would appreciate if you can mute your microphone. You are welcome to comment or ask questions once we begin our discussion.

Please also note the dates/times of the subsequent Fall journal club sessions:

Monday October 19 @ 11:30-12:30

Monday October 26 @ 11:30-12:30

Monday November 16 @ 11:30-12:30

Monday November 30 @ 11:30-12:30

Monday December 14 @ 11:30-12:30

If you would like a recording of the previous journal club session, please send me an email.

We look forward to seeing you there!

Vanessa

Topic: Pharmacoepidemiology Journal Club

Join Zoom Meeting

<https://mcgill.zoom.us/j/92071922770?pwd=K3p5ZXhkTDdiVjVmNk1mVmNpYWlzdz09>

Meeting ID: 920 7192 2770

Passcode: 866621

One tap mobile

+15873281099,,92071922770# Canada

+16473744685,,92071922770# Canada

Dial by your location +1 438 809 7799 Canada

Find your local number: <https://mcgill.zoom.us/u/aczABITauE>

Vanessa Brunetti | MSc, PhD(c)

Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University
Département d'épidémiologie, de biostatistiques et de santé au travail, Université McGill
Centre for clinical epidemiology, Lady Davis Institute, Jewish General Hospital
Centre d'épidémiologie clinique, Institut Lady Davis, Hôpital général juif
3755 Côte Ste-Catherine, H-455
Montreal, Québec H3T 1E2 Canada
Tel: +1 514-340-8222 (Ext.28665)

Message sent on behalf of Vanessa Brunetti by:

Katherine Hayden, Administrative Student Affairs Coordinator

Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University, Purvis Hall
1020 Pine Avenue West, Room 27, Montreal, Quebec, CANADA H3A 1A2

Telephone: 514-398-6269 / Gradcoord2.eboh@mcgill.ca / Web: <http://www.mcgill.ca/epi-biostat-occh/>

Students: please note that, to protect your privacy, the Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health will only reply to you at your official e-mail address at McGill, i.e.,

firstname.lastname@mail.mcgill.ca. Please be sure that you check your McGill e-mail on a regular basis.

As a result of the closure of McGill University, kindly note that I am currently working remotely; my working hours are Monday to Friday from 8:30 AM – 4:30 PM.

Éric Bédard

De: Observatoire des tout-petits <info@tout-petits.org>
Envoyé: 1 octobre 2020 09:59
À: Nicole Damestoy
Objet: Bilan 2020 des DPJ: les données sont encore préoccupantes pour nos tout-petits ❤️

INFOLETTRE 1 octobre 2020

[Voir ce courriel dans votre navigateur](#)

**OBSERVATOIRE
des tout-petits**

tout-petits.org

NOUVEAUTÉS SUR LE RADAR

Les directeurs de la protection de la jeunesse ont présenté, le 23 septembre, l'édition 2020 de leur bilan annuel.



En savoir plus sur les données 0-5 ans du bilan 2020 des DPJ

Selon un sondage mené par la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes, 93% des répondants ayant des enfants se sont fait refuser l'accès à un service de garde d'urgence pendant la crise en raison de leur statut de demandeur d'asile.



[En savoir plus sur le sondage de la TCRI](#)

L'INSPQ publie une revue de littérature scientifique sur les facteurs de risque d'infections sévères et sur le potentiel de transmission de la COVID-19 chez les

enfants.



[Lire la revue de littérature scientifique](#)

ACTUALITÉS

Le gouvernement du Canada s'est engagé, dans son discours du Trône, à mettre en place un système national de services de garde

éducatifs à travers le pays.



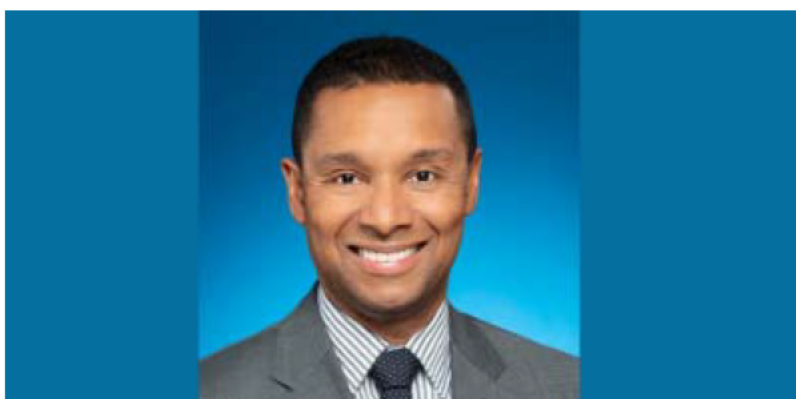
En savoir plus sur le discours du Trône

La grande majorité des Canadiens croient que le bien-être des tout-petits devrait être au coeur du plan d'intervention économique national pour répondre à la COVID-19.



En savoir plus sur le sondage

PRISES DE PAROLE



« Nous sommes à une période charnière pour la protection de la jeunesse et sa réforme. N'oublions pas que nous faisons également face à une période particulière en raison de la pandémie. Les défis sont grands. Il faut redoubler de vigilance pour le bien-être de nos enfants. »

- **Lionel Carmant**, Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux

Lire le communiqué en lien avec la publication du bilan 2020 des DPJ



Consulter les actes du colloque *Trajectoires migratoires et santé autour de la naissance*

ON VEILLE SUR EUX

L'organisation *Famille sans fumée* est de retour avec une toute nouvelle campagne de communication pour sensibiliser les parents aux dangers de la fumée secondaire.



[En savoir plus sur la campagne de Famille sans fumée](#)



OBSERVATOIRE des tout-petits

Infolettre de l'Observatoire des tout-petits

Notre adresse postale est:

Observatoire des tout-petits
2001 McGill College
Montreal, Qc H3A 1G1
Canada

[Add us to your address book](#)

[Modifier mon inscription](#) | [Désabonnement](#)

[Contactez-nous](#)

© 2009-2020 tout-petits.org. Tous droits réservés.



Éric Bédard

De: Nicole Damestoy
Envoyé: 1 octobre 2020 21:56
À: Claude Bernier; Jocelyne Sauvé
Objet: TR: Rehaussement du financement pour mettre en œuvre les services prioritaires de santé publique permettant de faire face à la pandémie de la COVID-19 - N/Réf. 20-OS-00001-01
Pièces jointes: Activités COVID postes critiques réddition sept 2020 (4).docx

Bonsoir à vous deux

Pour votre information, un tableau récapitulatif des embauches faites avec le 2,1 M \$ si ça peut aider à la reddition de comptes dans ce dossier.

On s'en reparle

Nicole

De : Natalys Bastien

Envoyé : 1 octobre 2020 21:33

À : Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>

Objet : RE: Rehaussement du financement pour mettre en œuvre les services prioritaires de santé publique permettant de faire face à la pandémie de la COVID-19 - N/Réf. 20-OS-00001-01

Bonsoir Nicole,

Voici un tableau des embauches et mandats liés à ce financement. Crois-tu que ça peut vous aider.

Bonne fin de soirée

Natalys Bastien

Directrice des ressources humaines

Direction des Ressources humaines

190, boulevard Crémazie Est, Montréal, H2P 1E2

514-864-1600 poste 3852

INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

DES QUESTIONS? ON EST LÀ POUR VOUS!



Qui contacter aux RH en un clic!

employe.covid-19@inspq.qc.ca

inspqcca.sharepoint.com/sites/Extranet

Ce message peut renfermer des renseignements protégés ou des informations confidentielles. Si vous l'avez reçu par erreur, ou s'il ne vous est pas destiné, veuillez en prévenir immédiatement l'expéditeur et effacer ce courriel.
Par respect pour l'environnement, imprimer ce courriel seulement si nécessaire.

De : Jocelyne Sauvé

Envoyé : 22 septembre 2020 21:34

À : Claude Bernier <claud.bernier@inspq.qc.ca>; Christine Métayer <christine.metayer@inspq.qc.ca>; Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>; Sandra Tremblay <sandra.tremblay@inspq.qc.ca>; François Desbiens <francois.desbiens@inspq.qc.ca>; Valérie Émond <valerie.emond@inspq.qc.ca>; Patricia Hudson <patricia.hudson@inspq.qc.ca>

Cc : Natalys Bastien <natalys.bastien@inspq.qc.ca>; Yolaine Rioux <yolaine.rioux@inspq.qc.ca>

Objet : RE: Rehaussement du financement pour mettre en œuvre les services prioritaires de santé publique permettant de faire face à la pandémie de la COVID-19 - N/Réf. 20-OS-00001-01

Merci pour le tableau Claude. Ça me rafraichit la mémoire. Et merci pour ton offre de soutien. C'est apprécié.

Si la reddition de compte se fait sur le nombre de personnes engagées en fonction des postes identifiés, ce ne sera pas trop mal

Mais, si on prend la première ligne comme exemple : 2 postes pour « infocentre », c'est pas ce que j'appelle un mandat bien bien détaillé

Comme dit Nicole, on verra ça demain

Bonne nuit tout le monde

Jocelyne

Jocelyne Sauvé, MD, MSc, FRCPC

Vice-présidente associée aux affaires scientifiques
Institut national de santé publique du Québec

190, boulevard Crémazie Est
Montréal (Québec) H2P 1E2
Tél. : (514) 864-1600, poste 5330

De : Claude Bernier

Envoyé : 22 septembre 2020 21:27

À : Christine Métayer <christine.metayer@inspq.qc.ca>; Jocelyne Sauvé <jocelyne.sauve@inspq.qc.ca>; Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>; Sandra Tremblay <sandra.tremblay@inspq.qc.ca>; François Desbiens <francois.desbiens@inspq.qc.ca>; Valérie Émond <valerie.emond@inspq.qc.ca>; Patricia Hudson <patricia.hudson@inspq.qc.ca>

Cc : Natalys Bastien <natalys.bastien@inspq.qc.ca>; Yolaine Rioux <yolaine.rioux@inspq.qc.ca>

Objet : RE: Rehaussement du financement pour mettre en œuvre les services prioritaires de santé publique permettant de faire face à la pandémie de la COVID-19 - N/Réf. 20-OS-00001-01

Bonsoir,

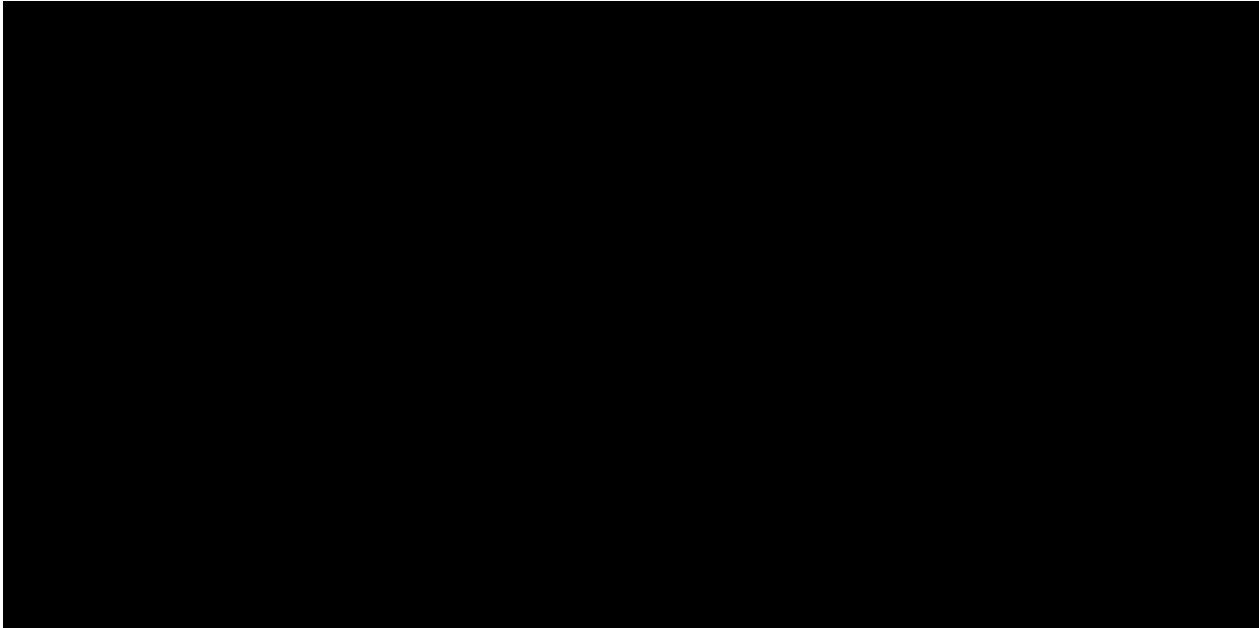
Pas simple est bien le terme à utiliser.

Le tout est en lien avec le tableau qui avait été présenté cet été au MSSS. Je joins une version, mais je ne suis pas sûr que c'est la finale. Un tableau (non joint) est également disponible et présente le nom des ressources sur ces mandats suite aux affichages et embauches effectués par les RH.

Suite à la précision des mandats par le MSSS et même au préalable, je peux m'asseoir avec le responsable identifié du côté scientifique pour arrimer le processus de compilation des activités et des coûts.

Le 15 novembre est demain !

Bonne soirée



De : Christine Métayer

Envoyé : 22 septembre 2020 20:44

À : Jocelyne Sauvé <jocelyne.sauve@inspq.qc.ca>; Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>; Sandra Tremblay <sandra.tremblay@inspq.qc.ca>; Claude Bernier <claudio.bernier@inspq.qc.ca>; François Desbiens <francois.desbiens@inspq.qc.ca>; Valérie Émond <valerie.emond@inspq.qc.ca>; Patricia Hudson <patricia.hudson@inspq.qc.ca>

Cc : Natalys Bastien <natalys.bastien@inspq.qc.ca>; Yolaine Rioux <yolaine.rioux@inspq.qc.ca>

Objet : Re: Rehaussement du financement pour mettre en œuvre les services prioritaires de santé publique permettant de faire face à la pandémie de la COVID-19 - N/Réf. 20-OS-00001-01

Assez d'accord avec toi Jocelyne.

Le montage pour arriver à cette lettre ressemblait à quoi?

C

Téléchargez [Outlook pour iOS](#)

De : Jocelyne Sauvé <jocelyne.sauve@inspq.qc.ca>

Envoyé : Tuesday, September 22, 2020 8:41:40 PM

À : Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>; Sandra Tremblay <sandra.tremblay@inspq.qc.ca>; Claude Bernier <claudio.bernier@inspq.qc.ca>; François Desbiens <francois.desbiens@inspq.qc.ca>; Christine Métayer <christine.metayer@inspq.qc.ca>; Valérie Émond <valerie.emond@inspq.qc.ca>; Patricia Hudson <patricia.hudson@inspq.qc.ca>

Cc : Natalys Bastien <natalys.bastien@inspq.qc.ca>; Yolaine Rioux <yolaine.rioux@inspq.qc.ca>

Objet : RE: Rehaussement du financement pour mettre en œuvre les services prioritaires de santé publique permettant de faire face à la pandémie de la COVID-19 - N/Réf. 20-OS-00001-01

Hum..., il n'y aura rien de simple dans la reddition de compte. Surtout que ça dit dans la note de Horacio que des mandats détaillés seront précisés...

IL nous faudra en discuter plutôt tôt que tard. Le 15 novembre, ça arrive vite

Jocelyne Sauvé, MD, MSc, FRCPC

Vice-présidente associée aux affaires scientifiques

Institut national de santé publique du Québec

190, boulevard Crémazie Est

Montréal (Québec) H2P 1E2

Tél. : (514) 864-1600, poste 5330

De : Nicole Damestoy

Envoyé : 22 septembre 2020 20:36

À : Sandra Tremblay <sandra.tremblay@inspq.qc.ca>; Jocelyne Sauvé <jocelyne.sauve@inspq.qc.ca>; Claude Bernier <claud.bernier@inspq.qc.ca>; François Desbiens <francois.desbiens@inspq.qc.ca>; Christine Métayer <christine.metayer@inspq.qc.ca>; Valérie Émond <valerie.emond@inspq.qc.ca>; Patricia Hudson <patricia.hudson@inspq.qc.ca>

Cc : Natalys Bastien <natalys.bastien@inspq.qc.ca>

Objet : TR: Rehaussement du financement pour mettre en œuvre les services prioritaires de santé publique permettant de faire face à la pandémie de la COVID-19 - N/Réf. 20-OS-00001-01

Bonjour Sandra

SVP inscrire cette correspondance dans le chrono du courrier. Claude et Jocelyne pour suivi (reddition de comptes pour le 15 novembre quant à l'utilisation des sommes attribuées). Christine, Valérie et Patricia, voici le fruit de nos efforts estivaux à faire valoir nos besoins, désolée qu'on n'ait pas pu aller chercher davantage, mais on aura essayé de notre mieux....

Sylvie a vu trop tardivement ma demande de changement, on est donc «pris» avec l'identification précise de l'équipe Gépiter dans la lettre, on donnera les explications appropriées dans la reddition de comptes.

C'est, malgré tout, une bonne nouvelle.

Merci à l'avance

Cordiales salutations

Nicole

De : Alexandra Gagné-Barbeau [<mailto:alexandra.gagne-barbeau.dgsp@msss.gouv.qc.ca>] **De la part de** Horacio Arruda

Envoyé : 22 septembre 2020 15:56

À : Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>

Cc : Marie-Ève Bédard <marie-eve.bedard@msss.gouv.qc.ca>; Nadia Campanelli <Nadia.Campanelli@msss.gouv.qc.ca>

Objet : Rehaussement du financement pour mettre en œuvre les services prioritaires de santé publique permettant de faire face à la pandémie de la COVID-19 - N/Réf. 20-OS-00001-01



Bonjour,

Nous vous invitons à prendre connaissance de la correspondance ci-jointe.

Veillez noter qu'aucune copie papier ne suivra cet envoi.

Merci et bonne journée,

Alexandra Gagné-Barbeau pour,

Horacio Arruda, M.D. FRCPC
Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 12e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 266-6701 Téléc. : (418) 266-6707

Direction générale des affaires universitaires,
médicales, infirmières et pharmaceutiques

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 2 octobre 2020

Madame Nicole Damestoy
Présidente-directrice générale
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe, 3e étage
Québec (Québec) G1V 5B3



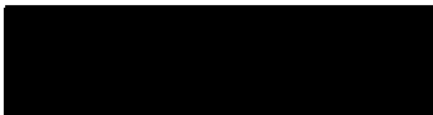
Madame la Présidente-Directrice générale,

La présente fait suite à la lettre de madame Florence Lacasse et de docteur Michel Roger du 30 juillet dernier qui a été transmise à monsieur Denis Ouellet, directeur de la biovigilance et de la biologie médicale, concernant l'ajout de deux analyseurs d'acides nucléiques (thermocycleurs) QuantStudio QS5 de la compagnie Thermofisher.

D'entrée de jeu, nous tenons à souligner l'importance de la contribution du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) en cette période de pandémie de COVID-19. Par conséquent, afin de permettre au LSPQ de poursuivre sa mission de laboratoire de référence et de maintenir son offre de service auprès des laboratoires de microbiologie du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de pandémie de COVID-19, nous vous confirmons qu'un montant non récurrent de 88 460 \$ vous est accordé.

Veuillez agréer, Madame la Présidente-Directrice générale, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La sous-ministre adjointe,



Lucie Opatrny, M.D., M.Sc., MHCM

c. c. Mme Florence Lacasse, LSPQ
Dr Michel Roger, LSPQ

N/Réf. : 20-AU-07333-08

Éric Bédard

De: Olivier Robert
Envoyé: 2 octobre 2020 08:17
Objet: Bulletin de veille signalétique COVID-19 et littérature grise : organismes québécois, canadiens et internationaux - 2 octobre 2020
Pièces jointes: 20201002-veille-litterature-grise-INSPQ.pdf

Bonjour,

Veuillez trouver en pièce jointe les plus récentes informations mises en ligne sur des sites web d'organismes québécois, canadiens et internationaux en lien avec la COVID-19.

Bonne journée!

Olivier Robert, M.S.I.
Conseiller scientifique
Direction de la valorisation scientifique et qualité
190, boulevard Crémazie Est, Montréal, H2P 1E2
olivier.robert@inspq.qc.ca

INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique
www.inspq.qc.ca

Bulletin de veille signalétique COVID-19 et littérature grise : organismes québécois, canadiens et internationaux

2 OCTOBRE 2020

[Pour la période du mercredi 30 septembre au jeudi 1^{er} octobre 2020]

- INFORMATIONS COMPILÉES LE 1^{ER} OCTOBRE 2020 À 20 H 30 -

La présente veille découle du besoin des équipes de l'INSPQ engagées dans la prévention et le contrôle de la COVID-19 à connaître les messages ou connaissances diffusés sur les sites web du gouvernement du Québec, de certains organismes gouvernementaux québécois, canadiens et internationaux.

L'information contenue dans ce bulletin consiste uniquement en celle rendue publique par ces organismes et ne résulte d'aucune interprétation de la part de l'Institut. Le Bulletin ne couvre pas les aspects suivants : les informations relatives à la progression épidémiologique (nombre de cas, d'hospitalisations, décès, etc.), les restrictions quant aux déplacements à l'extérieur du Québec, les informations économiques pour les entreprises ou les municipalités, l'aide financière aux études ou les modalités administratives d'indemnisation de la CNESST.

Les recommandations intérimaires et autres publications de l'INSPQ au sujet de la COVID-19 sont disponibles à l'adresse suivante (**5 publications nouvelles ou mises à jour**) :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/sujets/covid-19>

Sommaire

Québec.ca	1
INESSS	7
ASPC	10
Transports Canada	10
ACMTS	11
ICIS	11
PHO	11
BCCDC	12
AUTRES PAYS : HCSP, NASEM, NIPH, FDA, CDC	14

Québec.ca

Nouveaux communiqués de presse

- 15:04 « [Une nouvelle aide pour les entreprises des régions en alerte maximale](#) - Le gouvernement du Québec bonifie le Programme d'action concertée temporaire pour les entreprises (PACTE) et le programme Aide d'urgence pour les petites et moyennes entreprises (PAUPME) pour venir en aide aux entreprises visées par un ordre de fermeture dans le contexte de la deuxième vague de la COVID-19.» [2020-10-01]
- 11:35 « [Le ministère de la Santé et des Services sociaux procède à une mise à jour des secteurs économiques impactés en zone rouge](#) - Dans la foulée de l'entrée en vigueur aujourd'hui de plusieurs mesures dans les régions ayant atteint le palier rouge (alerte maximale), le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour la liste des lieux qui doivent dès maintenant suspendre leurs activités.» [2020-10-01]

- 19:34 « [Le gouvernement met tout en œuvre pour casser la deuxième vague](#) - Le premier ministre du Québec, M. François Legault, et la vice-première ministre, ministre de la Sécurité publique et ministre responsable de la région de la Capitale-Nationale, Mme Geneviève Guilbault, ont annoncé aujourd'hui qu'au cours des 28 prochains jours, des mesures soutenues seront déployées afin d'endiguer la deuxième vague. » [2020-09-30]
- 10:31 « [Revenu Québec fera preuve de souplesse à l'égard des particuliers et des entreprises](#) - Revenu Québec suit de près l'évolution de la pandémie au Québec et a pris acte des décisions annoncées par le gouvernement du Québec à l'égard des régions durement affectées. Il est sensible aux préoccupations des Québécois et Québécoises ainsi qu'aux impacts que la pandémie peut avoir sur la population. » [2020-09-30]

Source : <http://www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Articles.aspx>

Mise à jour de la page Rassemblements et auditoires dans le contexte de la COVID-19

« Avis important

Depuis le 21 septembre 2020, les règles concernant les rassemblements privés et les activités se déroulant dans un endroit public dépendent du niveau de l'alerte en vigueur. De manière générale, il est demandé d'éviter les contacts sociaux non nécessaires, par exemple les rassemblements en famille ou entre amis, les mariages, etc. » [2020-09-30]

Source : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/rassemblements-evenements-covid19/>

Mise à jour de la page Port du masque ou du couvre-visage dans les lieux publics en contexte de la pandémie de COVID-19

« Quand porter un masque ou un couvre-visage

Le port du masque ou du couvre-visage couvrant le nez et la bouche est aussi obligatoire dans les lieux publics fermés ou partiellement couverts pour les personnes de 10 ans et plus. Cette obligation, sauf exception, s'appliquera aux lieux suivants :

- [...]
- un lieu où sont pratiquées des activités sportives ou récréatives, même pour les spectateurs;

Les manifestations demeurent permises, mais le port du masque ou du couvre-visage est obligatoire en tout temps. » [2020-10-01]

Source : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/port-du-couvre-visage-dans-les-lieux-publics-en-contexte-de-la-pandemie-de-covid-19/>

Mise à jour de la page Déplacements entre les régions et les villes dans le contexte de la COVID-19

« Afin de limiter les risques de propagation, le gouvernement du Québec demande à l'ensemble des citoyens d'éviter autant que possible de se déplacer d'une région à l'autre ou d'une ville à l'autre.

Les personnes qui habitent dans une région ou un territoire qui est actuellement en [palier d'alerte maximale \(zone rouge\)](#) doivent éviter de se déplacer vers une zone verte, jaune ou orange ainsi qu'à l'extérieur du Québec, sauf pour les déplacements essentiels (travailleurs, garde partagée et transport de marchandises).

Les règles applicables au territoire de palier rouge continuent de s'appliquer pour la personnes qui y réside lors de ses déplacements en dehors de son territoire.

Les déplacements interrégionaux ne sont pas recommandés pour les régions en [situation d'alerte \(zone orange\)](#).

Réouverture des territoires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James

À l'heure actuelle, l'accès aux territoires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James n'est pas permis.

Un plan de réouverture sera présenté plus tard pour ces territoires. » [2020-09-30]

Source : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/deplacements-regions-villes-covid19/>

Mise à jour de la page Liste des secteurs économiques impactés en zone rouge (COVID-19)

« Afin de freiner la propagation de la COVID-19, les activités économiques suivantes devront cesser à compter du 1er octobre 2020 dans les régions et territoires qui se retrouvent en alerte maximale (zone rouge) :

- les restaurants et les aires de restauration des centres commerciaux et des commerces d'alimentation, sauf pour les livraisons, les commandes à emporter ou les commandes à l'auto;
- les bars et les discothèques;
- les microbrasseries et les distilleries, uniquement pour leurs services de consommation sur place de nourriture ou de boisson;
- les casinos et les maisons de jeux;
- les institutions muséales, les biodômes, les planétariums, les insectariums, les jardins botaniques, les aquariums et les jardins zoologiques;
- les arcades, les centres et les parcs d'attraction ainsi que les parcs aquatiques;
- les saunas et les spas, à l'exception des soins personnels qui y sont dispensés;
- les bibliothèques autres que celles tenues par les établissements d'enseignement, à l'exception des comptoirs de prêts;
- les cinémas et les salles où sont présentés des arts de la scène, y compris les lieux de diffusion;
- les auberges de jeunesse.» [2020-10-01]

Source : <http://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/fermeture-endroits-publics-commerces-services-covid19/>

Mise à jour de la page Personnes hospitalisées, usagers ou résidant en CHSLD, RI-RTF ou RPA dans le contexte de la COVID-19

« Visites dans les CHSLD, les RPA et les RI-RTF

Quel que soit le palier d'alerte du territoire où est situé le milieu de vie, les personnes proches aidantes ont accès à la personne vivant en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA, sous réserve du respect des conditions spécifiques en matière de protection et de contrôle des infections (PCI).

Un accompagnement est nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion parmi les personnes proches aidantes et les visiteurs ainsi que pour superviser l'application des mesures PCI requises.

Lorsque les visiteurs proviennent d'un territoire n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, ce sont les directives du palier les plus contraignantes qui s'appliquent.

Tous les visiteurs de 2 ans et plus doivent obligatoirement porter un masque ou un couvre-visage à l'intérieur comme à l'extérieur du milieu de vie.

Les visiteurs doivent fournir leurs coordonnées dans un registre de gestion d'entrées et de sorties du milieu de vie pour qu'ils puissent rapidement être contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion. L'accès sera interdit à tout visiteur qui refuse de donner ces renseignements.

Visites dans les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA sans éclosion

Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 1 (vert) ou 2 (jaune), les visites dans les hôpitaux, les CHSLD, les RI-RTF et les RPA où il n'y a pas d'éclosion sont autorisées, et ce, sous réserve du respect par le visiteur et les personnes proches aidantes de conditions spécifiques en matière de protection de contrôle des infections. Le nombre de personnes autorisées varie selon le milieu de vie spécifique.

Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 3 (orange), les visites dans les CHSLD ne sont pas autorisées à l'exception de celles des personnes proches aidantes ou pour des raisons humanitaires. Toutefois, les visites à l'intérieur d'une RI-RTF, ou de l'unité locative d'une RPA, ou sur le terrain extérieur de ces milieux de vie demeurent permises sous réserve du respect des conditions spécifiques à cet effet. Le nombre de personnes autorisées varie selon le milieu de vie spécifique.

Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 4 (rouge), aucune visite n'est permise en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA, à l'exception de celles des personnes proches aidantes ou à des fins humanitaires.

Visites dans les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA en éclosion ou en isolement préventif

Les visites ne sont pas permises dans les CHSLD et les RI-RTF en éclosion (plus de 2 cas confirmés) ou en isolement préventif, et ce, quel que soit le palier d'alerte territoriale en vigueur. Toutefois, les personnes proches aidantes peuvent continuer d'accéder au milieu de vie, et ce, sous réserve du respect des conditions spécifiques à cet effet.

En cas d'éclosion ou d'isolement préventif dans une RPA, ou d'une éclosion localisée dans un CHSLD, il est possible que les visiteurs et les personnes proches aidantes puissent, sous certaines conditions, accéder aux unités non touchées sur autorisation de l'équipe de PCI.

Sorties

Pour les personnes hébergées en CHSLD

Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 1 (vert) ou 2 (jaune), les résidents peuvent effectuer des sorties sans supervision ou participer à des rencontres à l'extérieur du CHSLD.

Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 3 (orange) ou 4 (rouge) ainsi qu'en cas d'isolement préventif ou d'éclosion, les sorties ne sont plus permises, sous réserve de certaines exceptions (ex : sorties pour des raisons médicales, marches prises à l'extérieure autorisées sous certaines conditions).

Pour les personnes vivant en RI-RTF

Il est possible pour les personnes vivant en RI-RTF des programmes-services SAPA, DI-DP-TSA, SM et dépendance où il n'y a pas d'éclosion d'effectuer des sorties sans supervision ou de participer à une rencontre à l'extérieur de la ressource. Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 3 (orange), il est recommandé de limiter les sorties. Toutefois, dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 4 (rouge), il est fortement recommandé de limiter la fréquence des sorties aux sorties essentielles telles que des rendez-vous médicaux et les activités socioprofessionnelles.

Dans les RI-RTF en éclosion, aucune sortie dans la communauté n'est permise. Toutefois, dans les cas d'éclosion partielle, les marches extérieures demeurent autorisées pour les personnes qui ne sont pas en isolement.

Les jeunes confiées en RI-RTF sont soumis à des conditions différentes puisqu'elles sont adaptées à leur réalité. Ces directives sont connues par les établissements (CISSS CIUSSS) et les responsables des RI-RTF.

Pour les personnes vivant en RPA

Les résidents des RPA où il n'y a pas d'écllosion peuvent sortir à l'extérieur sans supervision. Ils doivent obligatoirement porter un masque ou un couvre-visage dans les aires communes de la RPA.

Cependant, dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 3 (orange) ou 4 (rouge), il est fortement recommandé de limiter les sorties à l'essentiel en privilégiant les achats en ligne et les services de livraison à domicile (restaurant, pharmacie, etc.).

Dans les RPA en écloision ou en isolement préventif, aucune sortie dans la communauté n'est permise. Toutefois, dans les cas d'écloision partielle, les marches extérieures peuvent être permises sur autorisation de l'équipe de PCI. » [2020-09-30]

Source : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/personnes-hospitalisees-ou-resident-en-chsld-ri-rtf-ou-rpa-covid-19/>

Mise à jour de la page Tribunal administratif du logement

« Visites de logement

Malgré le resserrement des mesures concernant les rassemblements dans les résidences privées et ce qui en tient lieu, les visites de logements à des fins de vente ou de location demeurent permises conformément au décret 1020-2020 adopté le 30 septembre 2020. » [2020-10-01]

Source : <https://www.quebec.ca/gouv/ministeres-et-organismes/tribunal-administratif-du-logement/>

Nouvelle page : Masque ou couvre-visage : mieux communiquer avec les personnes ayant une déficience auditive (COVID-19)

« Le port du masque ou du couvre-visage entraîne des impacts importants sur le plan de la communication pour les personnes vivant avec une déficience auditive.

Habituellement, les personnes avec une perte d'audition communiquent plus facilement par le seul fait de voir les expressions faciales de leur interlocuteur ou de leur interlocutrice.

Le port du masque ou d'un couvre-visage représente ainsi un obstacle à la communication, même pour les personnes qui portent des aides auditives. Les mots similaires peuvent être confondus, le son est étouffé, il est impossible de lire sur les lèvres et de voir les expressions faciales des personnes qui parlent.

Reconnaître une personne ayant une déficience auditive

Voici quelques indices qui peuvent vous aider à reconnaître une personne ayant une déficience auditive qui pourrait avoir de la difficulté à vous comprendre lorsque vous interagissez avec elle en portant un masque ou un couvre-visage :

- La personne vous dit qu'elle a une déficience auditive;
- La personne ne réagit pas lorsque lui parlez ou elle vous fait répéter souvent;

- La personne répond de manière incorrecte à vos questions;
- La personne porte un appareil auditif ou un implant cochléaire;
- La personne a sur elle une carte ou un macaron sur lequel il est inscrit une mention comme « Je lis sur les lèvres » ou « Je ne vous comprends pas avec le masque ».

Faciliter la communication avec une personne ayant une déficience auditive

Il existe des stratégies pour faciliter la communication avec les personnes ayant une déficience auditive lorsque vous portez un masque ou couvre-visage. En voici quelques-unes :

- Attirez l'attention de la personne avant de commencer à lui parler.
- Ne criez pas. Cela déforme certains mots.
- Évitez de vous placer dos à une fenêtre ou au soleil. Le contre-jour empêche l'autre personne de bien vous voir ainsi que vos gestes.
- Parlez lentement et prononcez clairement, sans toutefois infantiliser la personne.
- Illustrer vos propos par des gestes ou en pointant des objets ou des endroits dont vous parlez.
- Si la personne vous fait répéter ou répond inadéquatement, recommencez avec d'autres mots.
- Faites des phrases courtes et des pauses entre les phrases.
- Prenez le temps de vérifier si la personne a compris votre message.
- Si cela est possible, écrivez ce que vous souhaitez dire à la personne et favoriser les échanges écrits, tout en respectant les règles d'hygiène applicables et la distanciation requise. Par exemple, vous pourriez utiliser un carnet de notes, un questionnaire, un tableau ou une application de texte sur votre téléphone mobile ou votre tablette.
- Pensez à la technologie. Entre autres, vous pourriez utiliser un système de transmission de son, un téléphone amplifié ou une application de reconnaissance vocale.
- Si possible, optez pour un couvre-visage avec fenêtre. Il existe quelques modèles commerciaux de couvre-visages avec fenêtre et il est aussi possible d'en fabriquer un soi-même (les étapes sont décrites dans la section [Fabriquer un masque ou un couvre-visage](#)). » [2020-09-30]

Source : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/masque-ou-couvre-visage-mieux-communiquer-avec-les-personnes-ayant-une-deficience-auditive-covid-19/>

INESSS

COVID-19 et le confinement chez les jeunes : conséquences, moyens pour mitiger son impact et pistes pour prioriser les services

« Constats de l'INESSS à ce jour (30 septembre 2020) »

En se basant sur la documentation scientifique disponible au moment de sa rédaction et malgré l'incertitude existante dans cette documentation et dans la démarche utilisée pour documenter les conséquences du confinement dans le contexte de la pandémie, les moyens pour mitiger son impact et des pistes pour prioriser les services, l'INESSS met en lumière que :

En lien avec les conséquences du confinement sur la santé des jeunes :

- Le confinement a des effets sur la qualité de vie, les conditions de vie, les habitudes de vie et la vie scolaire. Le développement de l'enfant, sa santé mentale et physique en sont affectés. Les jeunes peuvent également être sujets à des violences et abus compte tenu du confinement.
- Pour les jeunes issus des populations vulnérables ou ayant moins de facteurs de protection, le confinement peut engendrer davantage de conséquences.
- Certains experts craignent que ces changements perdurent après le confinement.

En lien avec les moyens pour mitiger les impacts du confinement chez les jeunes :

- Les moyens à l'intention de la population en général devraient viser à informer sur l'importance de prendre soin de sa santé mentale et physique et de celle de leur enfant, de maintenir des routines lors du confinement et d'aller chercher de l'aide au besoin.
- Des mesures préventives devraient viser particulièrement les familles avec de jeunes enfants dont les parents présentent de l'instabilité émotionnelle.
- Dans les cas d'hospitalisation de parents ou d'enfants à cause de la COVID-19, les enfants devraient être soutenus et rassurés, et avoir les moyens de communiquer avec leur famille. De plus, des stratégies concrètes devraient être prévues pour que les enfants en quarantaine aient accès à des services de dépistage et d'interventions en santé mentale.
- Les jeunes ayant un diagnostic de troubles psychiatriques requièrent le maintien des services en santé mentale qui peuvent au besoin être réalisés à distance.
- Les jeunes ayant les troubles du comportement nécessitent une évaluation des besoins et des facteurs de risque en lien avec le confinement, un soutien psychologique, une coordination entre les différents intervenants et une référence vers des services spécialisés en santé mentale. Également, les parents peuvent nécessiter des services de soutien pour accompagner leur enfant.
- Lors du retour à l'école, il est suggéré de :
 - se concentrer sur le bien-être et la santé mentale des élèves;
 - assurer une période de transition en douceur;
 - favoriser la création et le maintien des liens privilégiés entre les élèves et avec les enseignants;
 - assurer un accès rapide à des services de santé mentale en milieu scolaire aux élèves qui en ont besoin.
- La sensibilisation et la promotion des saines habitudes de vie, comme l'activité physique, devraient être encouragées et adaptées à la réalité du confinement et de la pandémie. En ce qui concerne l'utilisation des écrans, la concertation entre les différentes parties prenantes, incluant les jeunes, est souhaitée en vue de les protéger et de les aider à trouver un équilibre entre les bienfaits et les risques des activités en ligne.

- Au moment du déconfinement, afin de stimuler le développement des jeunes enfants, il est recommandé de reprendre contact avec les familles pour évaluer leurs besoins et offrir le soutien requis, et d'avoir recours au milieu communautaire et caritatif au besoin. Il est aussi préconisé d'offrir un programme éducatif en service de garde pour stimuler la santé mentale et le développement social et émotionnel des jeunes enfants.
- Le dépistage du risque de violence, d'abus ou de négligence et les interventions le cas échéant devraient être priorités compte tenu des risques associés au confinement. Le risque d'exploitation des jeunes et de recrutement par des organisations criminelles sont également accrus pendant le confinement et devraient donner lieu à des services accrus de la part des intervenants communautaires.

En lien avec les pistes pour prioriser les services de santé et de services sociaux de première ligne :

- De façon générale, il est souhaité d'assurer le plus possible une continuité de services aux jeunes et aux familles.
- La communication sur le confinement devrait indiquer clairement que le risque d'infection ne doit pas empêcher les enfants et les familles de demander l'aide dont ils ont besoin.
- L'éducation doit être protégée aux dépens d'autres secteurs, donc les écoles devraient être le dernier secteur à fermer lors du confinement, et le premier à rouvrir lors du déconfinement.
- Lors du déconfinement, il est nécessaire de dépister rapidement ou d'évaluer les besoins des jeunes et les conséquences du confinement sur eux.
- Compte tenu de l'ampleur et de la variété des conséquences de la crise sanitaire chez les jeunes et leur famille, la réponse aux besoins nécessitera d'adapter et de rehausser les services et les ressources.
- Les principes anti-discriminatoires et anti-oppressifs sont au cœur des bonnes pratiques. Il est également essentiel de tenter de réduire la stigmatisation et les inégalités de santé qui ont été exacerbées par la pandémie.» [2020-10-01]

Source : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/services-sociaux/confinement-chez-les-jeunes-consequences-moyens-pour-mitiger-son-impact-et-pistes-pour-prioriser-les-services.html>

COVID-19 et mesures permettant aux personnes qui présentent des difficultés de mobilité de réduire leur temps d'attente en file devant les commerces ou les établissements (publics ou privés) offrant des services essentiels

« Constats de l'INESSS à ce jour (29 septembre 2020)

En se basant sur la documentation scientifique disponible au moment de sa rédaction et malgré l'incertitude existante dans cette documentation et dans la démarche utilisée, l'INESSS met en lumière que :

La pandémie actuelle de la COVID-19 engendre des difficultés accrues d'accès aux services essentiels, et ce, particulièrement pour les personnes qui présentent des difficultés de mobilité (p. ex. : les personnes âgées, les personnes en situation de handicap physique, les femmes enceintes ou les personnes accompagnées de nourrisson).

Les barrières d'accès aux services essentiels, dont l'apparition de files d'attente devant les commerces ou les établissements (publics ou privés), incluant les centres de dépistage de la COVID-19, peuvent entraver la réponse aux besoins de base des personnes qui présentent des difficultés de mobilité.

La littérature grise et scientifique recensée dans le cadre de cette réponse rapide n'a pas permis de repérer de loi ou de décret obligeant les commerces et les établissements à offrir des services essentiels de façon prioritaire aux personnes qui présentent des difficultés de mobilité. Toutefois, plusieurs gouvernements ont recommandé certaines mesures pour faciliter l'accès de ces personnes aux services essentiels.

Par ailleurs, des initiatives, recensées dans le cadre de cette démarche, ont été mises en place pour éviter la formation de longues files d'attente devant les commerces et les établissements offrant des services essentiels. Ces mesures font en sorte que les personnes présentant des difficultés de mobilité n'ont pas besoin de se déplacer pour répondre à leurs besoins essentiels ou, si elles doivent le faire, de réduire leur temps d'attente en file. Ces mesures sont :

- des heures d'ouverture réservées à certaines populations;
- les commandes à distance, avec un service au volant pour la cueillette ou de livraison à domicile;
- de l'entraide entre particuliers;
- des lignes d'assistance;
- un élargissement des activités professionnelles des pharmaciens dans la communauté.

Concernant les cliniques de dépistage de la COVID-19, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec fait état de ses préoccupations concernant les difficultés d'accès à ces cliniques pour les personnes en situation de handicap. Elle souligne aussi le fait qu'il ne semble pas être envisagé pour le moment de déployer massivement des mesures concrètes de dépistage à domicile. » [2020-10-01]

Source : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/services-sociaux/mesures-permettant-aux-personnes-qui-presentent-des-difficultes-de-mobilite-de-reduire-leur-temps-dattente-en-file-devant-les-commerces-ou-les-etablissements-publics-ou-privés-offrant-des-services-essentiels.html>

COVID-19 et favoriser les partenariats intersectoriels auprès des enfants, des jeunes et leur famille en contexte pandémique

« Constats de l'INESSS à ce jour (29 septembre 2020)

En se basant sur la documentation disponible au moment de sa rédaction, et malgré l'incertitude existante dans cette documentation et dans la démarche utilisée, l'INESSS met en lumière les constats suivants :

Pour maximiser les partenariats entre les services sociaux et les autres secteurs, en réponse aux besoins psychosociaux des enfants, des jeunes et de leur famille dans un contexte de pandémie, certains principes structurants ont été dégagés des documents consultés, soit :

- l'exercice d'un leadership collectif des décideurs en adéquation avec le contexte de crise sanitaire;
- une cohérence et une complémentarité des partenariats intersectoriels en services sociaux avec les services de santé publique;
- un financement adéquat de l'offre de services revisitée en contexte pandémique et en soutien aux partenariats intersectoriels.

Pour soutenir le bien-être des enfants, des jeunes et des familles en contexte de pandémie, la littérature présente plusieurs exemples afin de :

- favoriser l'arrimage des services sociaux avec les écoles, les services de garde éducatifs à l'enfance et les services de santé ainsi que la mise en place de partenariats communautaires visant l'accessibilité et la disponibilité de services sociaux, de santé et d'aide alimentaire pour tous;
- porter une attention particulière à l'identification des enfants, des jeunes et des familles les plus vulnérables, à mieux cibler leurs besoins et y répondre par une coordination avec les services de santé et de soutien psychosocial, les services de soutien aux familles et les organisations communautaires;

- resserrer davantage le filet de sécurité autour des personnes témoins ou victimes de violence et de maltraitance, en mettant à contribution tous les acteurs de la société pouvant être amenés à être en contact avec ces personnes en contexte pandémique (p. ex. : grand public, autorités judiciaires, services de santé, travailleurs dans les services sociaux publics et le secteur privé et les bénévoles dans les secteurs caritatifs).» [2020-10-01]

Source : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/services-sociaux/favoriser-les-partenariats-intersectoriels-aupres-des-enfants-des-jeunes-et-leur-famille-en-contexte-pandemique.html>

ASPC

Mise à jour de la page Ressources de sensibilisation

- Pour les voyageurs ne présentant pas de symptômes retournant au Canada [mise à jour, 2020-10-01] : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/2019-nouveau-coronavirus-fiche-information.html>
- Pour les personnes exemptées de l'obligation de se mettre en quarantaine [mise à jour, 2020-10-01] : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-affections/covid-19-renseignements-travailleurs-services-essentiels.html>
- Pour les voyageurs présentant des symptômes retournant au Canada [mise à jour, 2020-10-01] : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/voyageurs-presentant-symptomes-retournant-canada.html>

Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/ressources-sensibilisation.html>

Mise à jour de la page Téléchargez Alerte COVID dès maintenant

« Provinces où vous pouvez signaler un diagnostic :

- Manitoba » [2020-10-01]

Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-coronavirus-covid-19/alerte-covid.html>

Transports Canada

COVID-19 : Document d'orientation pour les exploitants aériens La gestion des voyageurs aériens au départ d'un aéroport au Canada

« Aperçu

Le présent document d'orientation, daté du 1er octobre 2020, remplace la version du 15 septembre 2020. Cette version constitue uniquement une mise à jour de nature administrative et ne comporte aucune nouvelle exigence ou obligation à laquelle doivent se conformer les exploitants aériens. » [2020-10-01]

Source : <https://www.tc.gc.ca/fr/initiatives/covid-19-mesures-mises-a-jour-lignes-directrices-tc/document-orientation-pour-transporteurs-aeriens.html>

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)

Les dispositifs portables dans la surveillance et la détection des symptômes de la COVID-19

« Les dispositifs portables, comme les montres, les bracelets et les timbres, pourraient aider à freiner la propagation de la COVID-19. Ces technologies pourraient favoriser la détection précoce des symptômes, tout particulièrement en combinaison avec un suivi étroit des contacts. Elles pourraient aussi servir à surveiller les patients à distance, limitant ainsi l'exposition des travailleurs de la santé au virus. Ce bulletin se penche sur différents dispositifs portables dans le contexte de la pandémie de COVID-19. » [2020-09-30]

Source : <https://covid.cadth.ca/fr/prevention-de-la-contagion-fr/les-dispositifs-portables-dans-la-surveillance-et-la-detection-des-symptomes-de-la-covid-19/>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Élément de données pour le SISLD et le SIIR

« Statut d'infection à la COVID-19 à la sortie des soins de longue durée

Compte tenu de la pandémie actuelle de COVID-19 et des risques qu'elle présente pour le secteur des soins de longue durée, les intervenants de l'ICIS manifestent un vif intérêt pour les données sur les soins de longue durée. Le statut d'infection au virus de la COVID-19 à la sortie de la personne est l'un des renseignements que souhaitent obtenir les intervenants.

L'ICIS établira donc un nouvel élément de données pour recueillir de l'information sur le statut d'infection au virus de la COVID-19 des personnes au moment de leur sortie. Ce changement s'appliquera aux données sur les sorties déclarées à partir du 1er octobre 2020. Le nouvel élément de données (Statut d'infection à la COVID-19) sera ajouté à l'enregistrement de sortie dans le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) ainsi qu'à l'évaluation pour congé et au suivi pour congé dans le Système d'information intégré interRAI (SIIR). [...]

Certains établissements pourraient également recevoir des directives propres à leur province ou territoire concernant la mise en œuvre. Veuillez donc suivre ces directives s'il y a lieu » [2020-10-01]

Source : <https://www.cihi.ca/fr/element-de-donnees-pour-le-sisld-et-le-siir>

Public Health Ontario (PHO)

COVID-19 Seroprevalence in Ontario : July 4 to July 31, 2020

« Purpose

The Public Health Ontario (PHO) Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) serosurveillance program aims to estimate the proportion of the Ontario population that has been infected by and developed antibodies against SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19, at various points in time by age group, sex and Ontario region. This is done through serology testing (a laboratory test that measures antibodies specific to COVID-19). Serological tests can be used to determine the proportion of the population that has been infected with COVID-19 at a point in time; however, they cannot determine

current infection or infectivity. Furthermore, the correlation between a positive antibody test and immunity to SARS-CoV-2 is currently unknown. The results of this work will allow us to understand which groups and subgroups in the Ontario population have been infected with COVID-19 over time, and to enhance pandemic prevention and preparedness efforts.

For our serosurveys, we tested blood specimens that were submitted to the PHO Laboratory for other purposes. The specimens are de-identified before testing for COVID-19 antibodies, protecting the identity of the individuals. In this report, we present results for July, 2020.

Highlights

- Of specimens submitted to the PHO Laboratory between July 4 – 31, 2020, 70/7,001 (1.0%) were positive for COVID-19 antibodies. When adjusted for population weighting and serology test characteristics, seroprevalence was 1.1% (95% Confidence interval (CI) 0.8, 1.3).
- Adjusted seroprevalence varied between age groups. Adjusted seroprevalence ranged from 0.5% (95% CI 0.1, 1.2) in individuals age 50-59 years to 1.8% (95% CI 0.9, 2.6) for individuals age 20-29 years.
- Adjusted seroprevalence was higher among males at 1.4% (95% CI, 1.0, 1.8) compared with 0.8% (95% CI 0.5, 1.1) in females. This trend was particularly apparent among younger (0-19 years) and older (60+ years) age groups.
- Adjusted seroprevalence varied greatly by geographic regions ranging from 0.0% (95% CI 0.0, 1.1) in Northern Ontario to 2.2% (95% CI 1.5, 2.9) in Toronto.
- Adjusted seroprevalence estimates were stable between June and July, 2020 at 1.1% for both months. This likely reflects low COVID-19 activity in late June and through July. However, July estimates may also be slightly impacted by declining antibody levels in specimens from individuals who were infected with COVID-19 early in the pandemic. » **[2020-10-01]**

Source : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/10/covid-19-epi-seroprevalence-in-ontario-july-31.pdf?la=en>

BC Centre for Disease Control (BCCDC)

Safer Celebrations

« As the days get shorter, many of us look forward to fall holidays and festivities. With COVID-19 still a concern across the province, here are some things you can consider to help make celebrations safer for everyone.

Keep in mind that the more space you have and the less time you spend with others, the safer you are when getting together.

- If you are hosting [...]
- If you are attending [...]
- Attending seasonal activities [...] » **[2020-10-01]**

Source : <http://www.bccdc.ca/health-info/diseases-conditions/covid-19/social-interactions/safer-celebrations>

Halloween

« Celebrate less socially and trick-or-treat locally this Halloween!

- Skip Halloween parties this year
- Trick or treating in small groups can be a safe and a fun activity
- Get creative in making space when handing out treats

No matter how you celebrate Halloween this year...

1. Turn off your porch light and stay at home if you are sick or self-isolating.
2. Try including a non-medical mask or face covering as part of your costume.
 - Costume masks should not be worn over non-medical masks or face coverings as that may make it difficult to breathe.
3. Wash your hands or use hand sanitizer often.

Skip Halloween parties this year

1. Leave the parties behind.
 - Indoor gatherings, big or small, put people at higher risk of getting COVID-19.
 - Celebrate with your favourite Halloween movie or other traditions that you can do with your household or social group.
2. If you host or attend a small party, keep it within your social group (Stick to six).
 - You should know everyone who attends, no plus ones.
 - Follow our guidelines for safer celebrations.
 - Don't pass around snacks, drinks, smokes, tokes, and vapes
 - Be more outside, than inside. Keep your space well-ventilated with windows open.
 - Avoid using props that can cause coughing, such as smoke machines.
 - Be careful with hand sanitizer and open flames - hand sanitizer is very flammable!

Trick-or-treating can be done safely by following these tips

1. Respect homes by staying away if the lights are out.
2. Keep to your local neighbourhood this year.
 - Avoid trick-or-treating in busy areas or indoors (in places like malls) since there may not be enough space to distance. Indoor spaces may require a non-medical mask or face covering.
3. Trick-or-treat in a small social group, stick to six people.
 - Leave space between you and other groups to reduce crowding on stairs and sidewalks.
4. Wash your hands before you go out, when you get home, and before eating treats.
 - Keep hand sanitizer with you if eating treats on the go.
 - You don't need to clean every treat. You should instead wash your hands after handling treats and not touch your face.

Get creative handing out treats

1. Get creative!
 - Use tongs, a baking sheet or make a candy slide to give more space when handing out candy.
 - Plan to hand out individual treats instead of offering a shared bowl.
 - Only hand out sealed, pre-packaged treats.
2. Wear a non-medical mask that covers your nose and mouth when handing out treats.
3. Be more outside, than inside.
 - If you can, stand outside your door to hand out treats. Then kids won't need to touch the door or doorbell.
 - If you're unable to sit outside to hand out treats, clean and disinfect doorbells and knobs, handrails, and any other high touch surface often during the evening
4. If you are decorating, avoid props that can cause coughing, such as smoke machines.
5. Stick to the treats – not tricks. » [2020-10-01]

Source : <http://www.bccdc.ca/health-info/diseases-conditions/covid-19/social-interactions/halloween>

- AUTRES PAYS -

Haut conseil de la santé publique (HCSP)

Lieux collectifs clos et Covid-19 : port de masque et adaptations possibles en milieu de travail

« Avec la reprise des activités professionnelles en septembre 2020 et un risque d'accélération de la circulation du virus SARS-CoV-2 dans la population, le HCSP précise sa doctrine et les mesures barrières et d'organisation en milieu de travail ainsi que les adaptations possibles du port de masque. Le HCSP rappelle que le port de masque associé à une distance physique suffisante constitue la meilleure stratégie de réduction du risque de transmission du SARS-CoV-2. Le port du masque représente la seule mesure efficace à disposition si la distance physique d'au moins 1 mètre n'est pas garantie. La visière seule n'est pas une barrière suffisante pour maîtriser le risque.

Le HCSP souligne que la distance entre les postes de travail, leur cloisonnement par des écrans et le renouvellement d'air adapté au volume et au nombre de personnes dans un espace de travail sont des éléments indispensables à prendre en compte pour une meilleure maîtrise du risque. Il recommande le port systématique du masque par les salariés lors de tout déplacement dans l'enceinte de l'entreprise et une hygiène des mains à chaque changement de zones de travail. Il précise qu'un salarié symptomatique ne doit pas se rendre sur son lieu de travail. S'il devient symptomatique sur son lieu de travail, il doit s'isoler puis bénéficier d'un test diagnostique par RT-PCR. Les contacts d'un salarié symptomatique doivent être recherchés, isolés et testés.

Le HCSP rapporte que la réduction au maximum des interactions sociales au sein de l'entreprise et des ateliers diminue le risque de transmission. En contextualisant son avis au secteur du travail et en l'étayant par de nombreuses références et orientations stratégiques, il indique que certaines situations d'organisation, d'équipements, de ventilation et de densité de personnes dans un espace commun (ex. « open spaces ») peuvent permettre de tolérer de ne pas y porter le masque en permanence à son poste de travail. » [2020-09-30]

Source : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=919>

Activité sportive de l'enfant : autoquestionnaire d'évaluation de l'état de santé

« Dans le cadre des modifications réglementaires relatives au certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport chez l'enfant, le Haut Conseil de la santé publique propose un modèle de questionnaire destiné à accompagner le renouvellement de la licence sportive. Ce questionnaire ne peut être un outil de dépistage, il a pour finalité de sensibiliser l'enfant à la nécessité d'une activité physique ou sportive et de l'inciter à participer à la surveillance de sa santé.

Le HCSP recommande :

- de faire en sorte que ce questionnaire soit, en fonction de l'âge de l'enfant, un outil de médiation entre les adultes qui ont en charge sa surveillance ;
- de renforcer les liens entre les examens médicaux à visée préventive (en particulier les examens dits obligatoires aux âges clés de surveillance) et les examens ciblés vers la pratique physique ou sportive ;
- de valoriser les consultations dédiées auprès des professionnels et des familles et garantir la prise en charge de ces consultations et d'inscrire les résultats de ces examens sur le carnet de santé ;
- de faire connaître aux adultes entourant l'enfant les éléments de vigilance à exercer au cours des activités physiques et sportives ;
- de former les professionnels du sport aux effets de l'exercice physique ou sportif sur la santé ;
- de mettre en place la validation scientifique du questionnaire proposé avant d'en assurer la promotion ;
- de construire des indicateurs d'impact de ce questionnaire. » [2020-09-30]

Source : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=918>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM)

Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine

« Consensus Study Report

260 pages, ISBN: 978-0-309-68224-4

Contributors

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Sciences Policy; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on Equitable Allocation of Vaccine for the Novel Coronavirus; Helene Gayle, William Foege, Lisa Brown, and Benjamin Kahn, Editors » [2020-09-30]

Source : <https://www.nap.edu/catalog/25917/framework-for-equitable-allocation-of-covid-19-vaccine>

Norwegian Institute of Public Health (NIPH)

Advice and information for children and adolescents

« Children seem less likely to become infected or ill

- Children of primary school age and younger are less likely to become ill from coronavirus. When they become ill, they usually have milder symptoms and a mild course of covid-19.
- Children are likely to become infected to the same degree as adults, but since they have few or no symptoms, they appear to be less contagious than adults.
- Infected children can infect others, however, but transmission rarely happens outside the household.
- Schools and childcare centres contribute only to a small extent in the spread of covid-19 in the society.

Adolescents are probably more contagious than children because they get more symptoms when infected with covid-19. Adolescents may also have a way of life that increases the risk of spreading the infection, such as a larger and more geographically dispersed network of contacts and close contact with peers. For adolescents there also is a greater risk of not following the advice of the authorities.

Some countries have reported an inflammatory condition in the aftermath of covid-19 in children and adolescents, so-called MIS-C (multi inflammatory syndrome in children) or PIMS (pediatric inflammatory multisystem syndrome temporarily associated with covid-19). The condition is rare, but serious. When treated for this syndrome the prognosis is good.

For more information on covid-19 symptoms in children and adolescents, see [Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sjukdommen covid-19](#) (in Norwegian).

Low risk of severe covid-19

With the current knowledge, both children and adolescents in general and children and adolescents with chronic diseases or conditions seem to have a low risk of developing a serious course of covid-19.

If you are worried about your sick child or adolescent

In most cases, children / adolescents who are ill with respiratory symptoms do not have covid-19, but another infection or condition. If you are worried about your child or adolescent, contact the health service. The medical assessment should not be delayed due to concerns about getting a covid-19 infection.

In general, the younger the child is, the lower the threshold should be for contacting a GP. As a general rule, this applies to children who are 2 years and younger, especially children aged 0–6 months. Other reasons to contact a GP:

- reduced general condition (the child / adolescent feels limp and not in shape)
- strained breath and / or breathing faster than usual when resting
- fever combined with respiratory symptoms and / or reduced general condition

Children with respiratory symptoms - when to stay at home?

Children who have had symptoms of a respiratory infection in the last 24 hours should stay at home, especially if the child has several symptoms at the same time and is not in good shape. If the child only has a runny nose and is otherwise in a good general condition, there is no need for the child to stay at home.

If the child has mild respiratory symptoms without fever, observe the child at home for up to 48 hours. With rapid recovery, the child can return to childcare / school without being tested for corona virus. If the child is not recovering after 48 hours,

it is recommended to contact a GP or a emergency service by phone to assess whether the child needs a medical examination and / or a test for covid-19.

When can the child return to childcare or school?

The general health condition determines when children can return to childcare/ school after recovering from a respiratory infection. This applies even if the child still has some residual symptoms such as a runny nose (regardless of the color and thickness of the snot) or a cough. Such symptoms are common after a respiratory infection.

If the child has been tested for covid-19, the test result must be available before the child can return to childcare / school. For everyone who is diagnosed with covid-19 isolation is mandated and follow-up by the health service is required.

The child can return to childcare / school even if other family members have respiratory symptoms. If a member of the family has been diagnosed with covid-19, however, quarantine is mandated for the child and a follow-up by the health service is required.» [2020-10-01]

Source : <https://www.fhi.no/en/op/novel-coronavirus-facts-advice/facts-and-general-advice/advice-and-information-for-children-and-adolescents/?term=&h=1>

FDA

Mise à jour de la page Update Daily Roundup

« Today, the U.S. Food and Drug Administration (FDA) updated the [SARS CoV-2 reference panel comparative data](#) on FDA's website to reflect the latest information. The FDA SARS-CoV-2 reference panel is a standardized performance validation step for authorized SARS-CoV-2 molecular diagnostic tests. The reference panel allows for a more precise comparison of the analytical performance of different molecular in vitro diagnostic (IVD) assays intended to detect SARS-CoV-2. The FDA intends to continue to update the tables on the website. » [2020-09-30]

« Today, the FDA revised its Emergency Use Authorization (EUA) to reflect changes in the distribution and allocation of the antiviral drug Veklury (remdesivir). More information about the revised EUA can be found [here](#). » [2020-10-01]

Source : <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-daily-roundup-october-1-2020>

CDC

Mise à jour de la page What's New

- Interim Guidance for Case Investigation and Contact Tracing in Institutions of Higher Education (IHEs) (Updated Sept. 30, 2020) : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/colleges-universities/contact-tracing.html>
- Testing, Screening, and Outbreak Response for Institutions of Higher Education (IHEs) (Updated Sept. 30, 2020) : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/colleges-universities/ihe-testing.html>
- Recent Increase in COVID-19 Cases Reported Among Adults Aged 18–22 Years* (October 2, 2020) : https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6939e4.htm?s_cid=mm6939e4_x

- Multiple COVID-19 Clusters on a University Campus — North Carolina, August 2020* (**October 2, 2020**) : https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6939e3.htm?s_cid=mm6939e3_x
- COVID-19 Trends Among School-Aged Children* (**October 2, 2020**) : https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6939e2.htm?s_cid=mm6939e2_x

*Nous avons remarqué depuis une semaine que les CDC recourent davantage au *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) afin de transmettre leurs nouveautés. Bien qu'il ne s'agisse pas de littérature grise, ces informations ont été ajoutées pour qu'il n'y ait pas d'informations manquantes à propos de cet organisme.

Source : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/whats-new-all.html>

Éric Bédard

De: Nicole Damestoy
Envoyé: 2 octobre 2020 17:55
À: Lucie Opatrny (MSSS - DGAUMIP); Denis Ouellet; Lucie Poitras MSSS; François Desbiens; Michel Roger; Florence Lacasse
Cc: Estelle Voyer
Objet: Rencontre statutaire du 5 octobre 2020 - proposition d'ordre du jour

Suivi:	Destinataire	Lire
	Lucie Opatrny (MSSS - DGAUMIP)	
	Denis Ouellet	
	Lucie Poitras MSSS	
	François Desbiens	
	Michel Roger	Lu: 2020-10-02 19:45
	Florence Lacasse	
	Estelle Voyer	Lu: 2020-10-02 18:10

Bonjour à tous,

En prévision de notre rencontre de lundi matin, veuillez trouver ci-joint une proposition d'ordre du jour :

- Suivi de la dernière rencontre :
 - o Confirmation des allocations budgétaires pour mandats confiés lors de la première vague;
 - o Banque d'heures de médecins spécialistes pour le PEEQ – suivi de l'avancement des travaux du PEEQ;
 - o Mise en place d'une nouvelle ligne de services pour les tests de première ligne : travaux en cours;
 - o Gestion des réactifs.
- Rôle attendu du LSPQ en soutien à la DGAUMIP pendant la deuxième vague de COVID-19:
 - o Rencontre prévue avec Dre Lucie Poitras et Dr François Desbiens pour clarifier les attentes
- Varia
- Prochaine rencontre

En espérant le tout conforme, je vous prie de recevoir mes salutations les meilleures,

Nicole Damestoy

Présidente-directrice générale

Institut national de santé publique du Québec

945, avenue Wolfe, Québec (Québec) G1V 5B3

418 650-5115 poste 5336

nicole.damestoy@inspq.qc.ca

INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

Ce message peut renfermer des renseignements protégés ou des informations confidentielles. Si vous l'avez reçu par erreur, ou s'il ne vous est pas destiné, veuillez en prévenir immédiatement l'expéditrice et effacer ce courriel.

Par respect pour l'environnement, imprimer ce courriel seulement si nécessaire.

Éric Bédard

De: Nicole Damestoy
Envoyé: 2 octobre 2020 15:18
À: Sandra Tremblay; Claude Bernier; François Desbiens; Michel Roger; Florence Lacasse
Objet: TR: (20-MS-07333-08) COVID-19 - Demande de financement - Équipement pour dépistage SARS-CoV2 - LSPQ - COVID-19
Pièces jointes: 2octobre_20-AU-07333-08_LET_Opatrny_NDamestoy_QS5.pdf

Bonjour Sandra

SVP inscrire cette correspondance dans le chrono du courrier. François et Claude pour information, Michel et Florence pour suivi.

S'agit-il de l'équipement requis pour la «ligne de service dépistage 1^{ière} ligne»?

Merci à l'avance

Cordiales salutations

Nicole

De : MSSS - DGAUMIP [mailto:dgaumip@msss.gouv.qc.ca]

Envoyé : 2 octobre 2020 14:49

À : Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>

Cc : Florence Lacasse <florence.lacasse@inspq.qc.ca>; Michel Roger <michel.roger@inspq.qc.ca>

Objet : (20-MS-07333-08) COVID-19 - Demande de financement - Équipement pour dépistage SARS-CoV2 - LSPQ - COVID-19



Bonjour,

Nous vous invitons à prendre connaissance de la correspondance ci-jointe.

Recevez, nos salutations distinguées.

*****Veuillez prendre note qu'aucune copie papier ne suivra*****

Lucie Opatrny M.D., M.Sc., MHCM

Sous-ministre adjointe

Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Édifice Catherine-De Longpré

1075, chemin Sainte-Foy, 9e étage

Québec (Québec) G1S 2M1

Éric Bédard

De: Nicole Damestoy
Envoyé: 2 octobre 2020 09:34
À: Estelle Voyer; Claude Bernier
Objet: TR: Bon de commande McGill
Pièces jointes: R305F-20200923084905-00023572.pdf; CGEN0324.pdf; CanCOGeN Virus Project Information Form20200605.pdf; Génome Québec_EFT0005822.pdf

Bonjour Estelle

J'autorise la signature du bon de commande R3-5F – 20200923084905-0023572 ci-haut avec l'Université McGill dans le cadre du projet CanCOGeN.

SVP apposer ma signature électronique sur le bon de commande et faire suivre selon nos processus habituels.

Merci à l'avance

Cordiales salutations

Nicole

De : Claude Bernier

Envoyé : 2 octobre 2020 08:46

À : Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>

Cc : Marina Vitti <marina.vitti@inspq.qc.ca>; Donald Dupuis <donald.dupuis@inspq.qc.ca>

Objet : TR: Bon de commande McGill

Bonjour Nicole

Il s'agit d'un bon de commande à signer pour l'Université McGill pour le projet avec Génôme Québec. Les montants au bon de commande sont ceux prévus au projet (voir CanCOGeN Virus Project Information). Étant donné que c'est avec McGill, ce n'est pas un Marché Public.

Le document à signer est le bon de commande : R3-5F – 20200923084905-0023572

Merci

Bonne journée

Claude

De : Donald Dupuis

Envoyé : 2 octobre 2020 07:43

À : Claude Bernier <claude.bernier@inspq.qc.ca>

Objet : TR: Bon de commande McGill

Bonjour Claude,

J'image que ce BC doit aussi être signé par Madame Damestoy ?

Merci et bonne journée,

Donald

De : Donald Dupuis

Envoyé : 23 septembre 2020 08:52

À : Florence Lacasse <florence.lacasse@inspq.qc.ca>

Cc : Claude Bernier <claude.bernier@inspq.qc.ca>; Marina Vitti <marina.vitti@inspq.qc.ca>

Objet : Bon de commande McGill

Bonjour,

Voir ci-joint.

Merci et bonne journée,

Donald Dupuis

Agent administratif

Laboratoire de santé publique du Québec

Institut national de santé publique du Québec

20045 chemin Sainte-Marie
Ste-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 3R5
Courriel : donald.dupuis@inspq.qc.ca
514-457-2070 poste 2214
www.inspq.qc.ca

Ce message peut renfermer des renseignements protégés ou des informations confidentielles. Si vous l'avez reçu par erreur, ou s'il ne vous est pas destiné, veuillez en prévenir immédiatement l'expéditeur et effacer ce courriel.

Par respect pour l'environnement, imprimer ce courriel seulement si nécessaire.

Éric Bédard

De: Nicole Damestoy
Envoyé: 4 octobre 2020 17:32
À: Jocelyne Sauvé; Yolaine Rioux
Objet: Fwd: For response: Embargoed Report from Cdn Federation of Nurses Unions for public release Oct 5
Pièces jointes: A_time_of_fear_possamai_exec_final.pdf; ATT00001.htm

Début du message transféré :

Exp diteur: "Horacio Arruda" <horacio.arruda@msss.gouv.qc.ca>
Destinataire: "Catherine Gauthier MSSS" <catherine.gauthier@msss.gouv.qc.ca>, "Dominique Savoie" <dominique.savoie@msss.gouv.qc.ca>, "Yovan Fillion" <yovan.fillion@msss.gouv.qc.ca>, "Vincent Lehouillier" <vincent.lehouillier@msss.gouv.qc.ca>, "Daniel Desharnais" <daniel.desharnais@msss.gouv.qc.ca>, "Lucie Opatrny (MSSS - DGSMSU)" <lucie.opatrny@msss.gouv.qc.ca>, "Nicole Damestoy" <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>, "Patricia Hudson" <patricia.hudson@inspq.qc.ca>, "Patricia Lavoie" <patricia.lavoie@msss.gouv.qc.ca>
Cc: "Richard Massé" <richard.masse@msss.gouv.qc.ca>, "Éric Litvak" <eric.litvak@msss.gouv.qc.ca>
Objet: TR [FSI] For response: Embargoed Report from Cdn Federation of Nurses Unions for public release Oct 5 [PDI]

Bonsoir

Un rapport sous embargo qui sera rendu public le 5 octobre et feras jaser bcp j' imagine dans le Canada anglais. Par ailleurs des membres de la FIQ y ont participé.

Je ne sais pas s' il y aura version francophone .

Cel donne de l' essence aux poursuites de la FIQ

Bonne semaine !!!!

Horacio Arruda, M.D. FRCPC
Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux
[1075, chemin Sainte-Foy, 12e étage](#)
[Québec \(Qu bec\) G1S 2M1](#)
Tél. : [\(418\) 266-6701](tel:(418)266-6701) Téléc. : [\(418\) 266-6707](tel:(418)266-6707)

Début du message transféré :

Expéditeur: "CCMOH SECRETARIAT / CMHC (PHAC/ASPC)" <phac.ccmoh.secretariat-cmhc.aspc@canada.ca>
Date: 4 octobre 2020 à 14:44:14 HAE

Destinataire: "Romano, Anna (PHAC/ASPC)" <anna.romano@canada.ca>, Avis Gray <avis.gray@gov.mb.ca>, Brent Roussin <brent.roussin@gov.mb.ca>, Catherine Elliott <catherine.elliott@gov.yk.ca>, "Simms, Colleen (Ext.)" <colleensimms@gov.nl.ca>, "Dr. Barb Yaffe" <barbara.yaffe@ontario.ca>, "Henry, Bonnie (Ext.)" <bonnie.henry@gov.bc.ca>, "Hanley, Brendan (Ext.)" <brendan.hanley@gov.yk.ca>, "Muecke, Cristin (Ext.)" <dr.cristin.muecke@gnb.ca>, "Dr. David Williams" <dr.david.williams@ontario.ca>, "Dr. Deena Hinshaw" <deena.hinshaw@gov.ab.ca>, "Dr. Denise Werker" <denise.werker1@health.gov.sk.ca>, "Morrison, Heather (Ext.)" <hgmorrison@gov.pe.ca>, "Njoo, Howard (PHAC/ASPC)" <howard.njoo@canada.ca>, "Dr. Janice Fitzgerald" <janice.fitzgerald@gov.nl.ca>, "Russell, Jennifer (Ext.)" <jennifer.russell@gnb.ca>, "Dr. Michael Patterson" <mpatterson@gov.nu.ca>, "Strang, Robert (Ext.)" <robert.strang@gov.ns.ca>, "Shahab, Saqib (Ext.)" <saqib.shahab@health.gov.sk.ca>, "Sharma, Supriya (HC/SC)" <supriya.sharma@canada.ca>, "Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)" <drtheresa.tam@canada.ca>, "Wong, Tom (SAC/ISC)" <tom.wong@canada.ca>, Horacio Arruda <horacio.arruda@msss.gouv.qc.ca>, "Kandola, Kami (Ext.)" <kami_kandola@gov.nt.ca>, Philip Christoff <philip.christoff@gov.yk.ca>, "Gaynor.Watson-Creed@novascotia.ca" <Gaynor.Watson-Creed@novascotia.ca>, Reka Gustafson <reka.gustafson@phsa.ca>, Tami Denomie <tami.denomie@health.gov.sk.ca>, Yves Jalbert <yves.jalbert@msss.gouv.qc.ca>, Nadine Sicard <nadine.sicard@msss.gouv.qc.ca>
Cc: "CCMOH SECRETARIAT / CMHC (PHAC/ASPC)" <phac.ccmoh.secretariat-cmhc.aspc@canada.ca>, "Auger, Julie (PHAC/ASPC)" <julie.auger@canada.ca>, "Robinson, Kerry (PHAC/ASPC)" <kerry.robinson@canada.ca>
Objet: For response: Embargoed Report from Cdn Federation of Nurses Unions for public release Oct 5

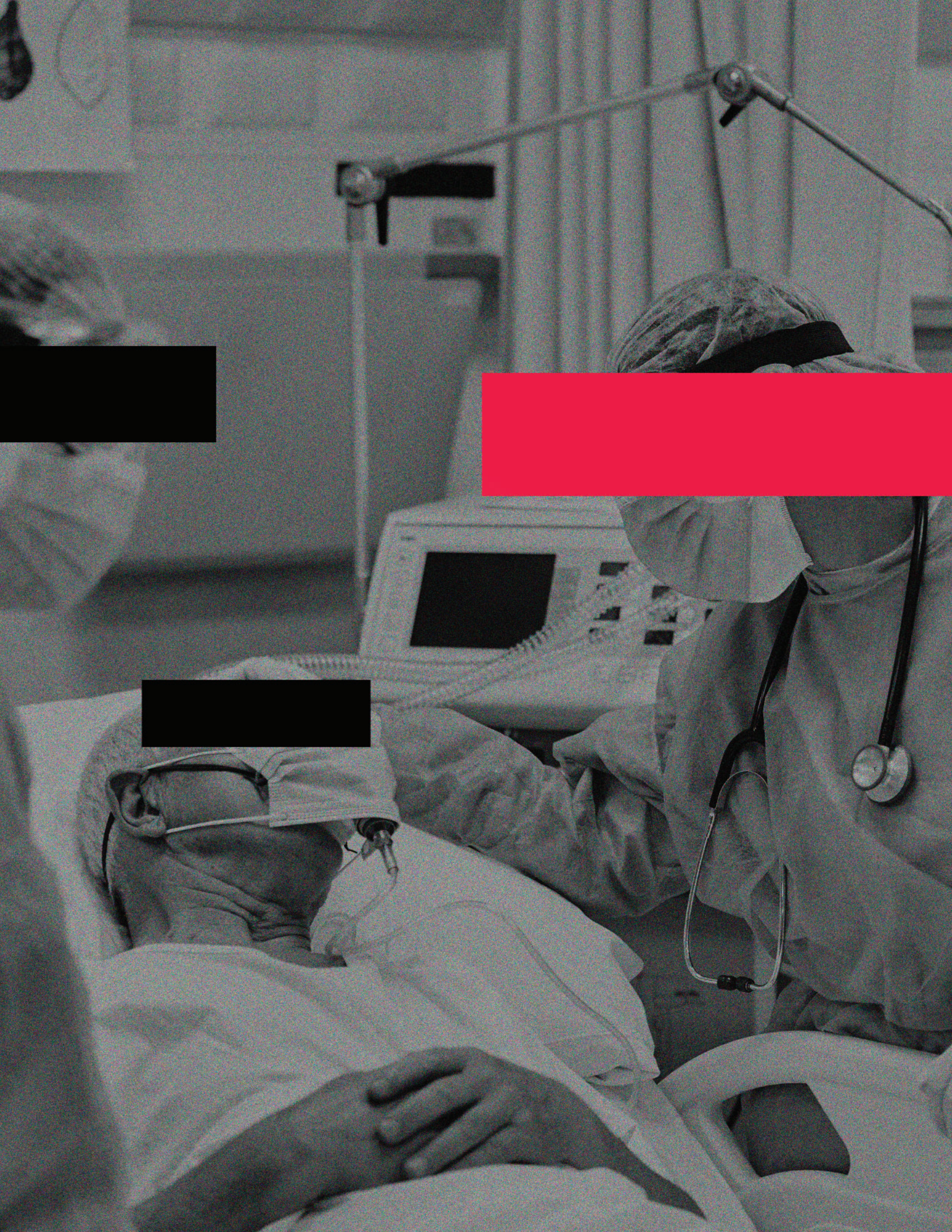
Avertissement automatisé : Ce courriel provient de l'extérieur de votre organisation. Ne cliquez pas sur les liens et les pièces jointes si vous ne reconnaissez pas l'expéditeur.

Good afternoon SAC members,
In case you have not received this via other channels we wanted to ensure that you are aware of an embargoed report to be released on Monday, Oct. 5, in collaboration with the Canadian Federation of Nurses Unions, titled: A Time of Fear: How Canada Failed our Health Care Workers and Mismanaged COVID-19.
It includes commentary on and recommendations for Chief Medical Officers of Health. PHAC is in the process of developing some responsive lines on the report. It would be helpful to know if any CMOHs or jurisdictions are planning responses to the report in the context of your jurisdictions.
Thank you,
SAC Secretariat

A Time of Fear

**How Canada failed our
health care workers and
mismanaged COVID-19**

Mario Possamai



“Those who cannot remember the past are condemned to repeat it.”

– George Santayana
The Life of Reason, 1905



Dedication and Acknowledgments

This report is dedicated to the victims of COVID-19, their families, friends, colleagues and communities. May their suffering and anguish lead to a Canada that is far better prepared to face future public health crises.

This report is also dedicated to the memory of Mr. Justice Archie Campbell, whose SARS Commission provided a road map that could have averted many of the issues revealed by COVID-19. Fourteen years ago, he wrote presciently:

“SARS taught us that we must be ready for the unseen. That is one of the most important lessons of SARS. Although no one did foresee and perhaps no one could foresee the unique convergence of factors that made SARS a perfect storm, we know now that new microbial threats like SARS have happened and can happen again. However, there is no longer any excuse for governments and hospitals to be caught off guard and no longer any excuse for health workers not to have available the maximum level of protection through appropriate equipment and training.”

Assisting Justice Campbell as senior advisor was an honour and the highlight of my career.

The response to the pandemic has been characterized by the dedication, hard work and courage of health care workers and of workers in other essential sectors – and by the commitment of Canadians who have overwhelmingly done their best to follow public health directives. We owe them all huge debt of gratitude.

I would like to thank Linda Silas, president of the Canadian Federation of Nurses Unions, for her commitment and unflagging support of this independent project.

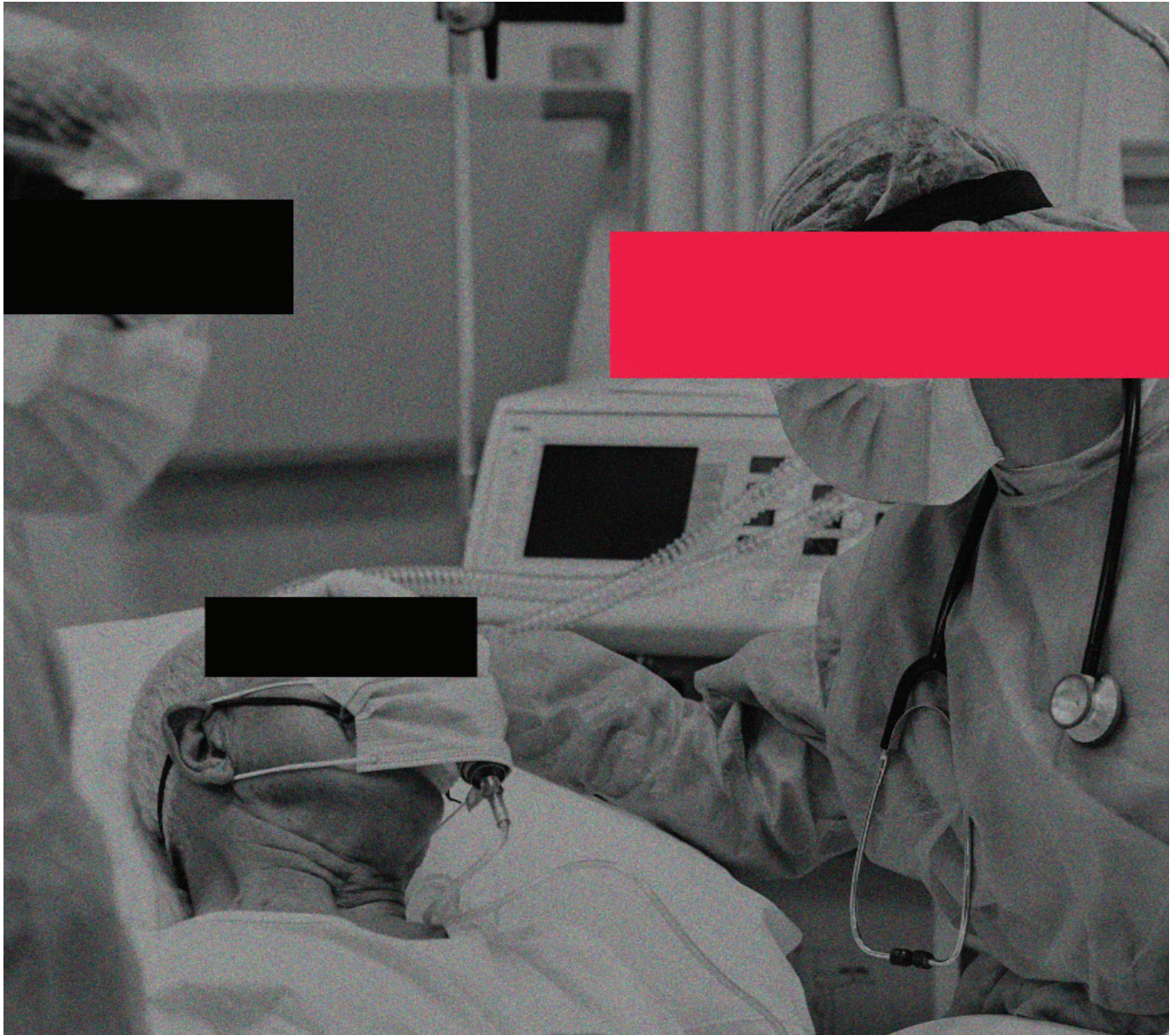
The CFNU made available a remarkable team who ensured that this project could be completed within a tight timeframe of two and a half months: Carol Reichert, project coordinator, and Declan Ingham, research assistant and data analyst; Ben René, who developed a beautiful design; Julien Le Guerrier, fact-checker; and Oxana Genina, proofreader.

An enormous debt of gratitude is also owed to our provincial partners on the Occupational Health and Safety Network: Leah Healey (RNUNL), Paul Curry (NSNU), Jeff Hull (NBNU), Nick Bonokoski and Eve Clancy-Brown (ONA), Bridget Whipple (MNU), Tom Henderson (MNU), Denise Dick (SUN), Aidan Conway (SUN), Joshua Bergman (UNA), and Dewey Funk (UNA).

A special thanks also goes to Adriane Gear (BCNU) and Linda Lapointe (FIQ). The deepest thanks, however, are reserved for all the nurses who continue to practice nursing during an unprecedented crisis. Thank you, we hear you, and we will not stop fighting for you.

Thank you to all the health care unions who have provided contributions and support to this report, including CUPE, NUPGE, SEIU Healthcare, UNIFOR, and all the nurses' unions and their members across Canada.

I also owe a debt of gratitude to Brian Rogers, media and libel law lawyer John Oudyk, occupational hygienist in Hamilton, and Dorothy Wigmore, occupational hygienist in Winnipeg. I also owe a gratitude to Alec Farquhar, an expert on OHS and workers' compensation.



Executive Summary

How health care workers paid the price for Canada's failure to learn from SARS

The story of COVID-19 in Canada is a story of courage, dedication and professionalism by health care workers, whose voices went largely unheard. Under-protected, under-resourced and under-appreciated, they continued to provide care, despite grave fears for their own safety and the safety of colleagues, loved ones and other patients.

Workers are worried about the risks they face each working day. Comprising about 20 per cent of COVID-19 cases in Canada, health care workers are more likely to get infected than the general population. They are worried about their families, their patients and their co-workers, and about unknowingly infecting them. They are worried about their colleagues and about what will happen if too many health care workers get infected and the health care system gets swamped. They are worried about a lack of appropriate personal protective equipment, and their employers' seeming disregard for their health and safety concerns. And they worry about the unknown.

The stories of our dedicated health care workers provide a compelling window into the emotional and physical toll of COVID-19.

Fearing for at-risk family members

Angela (a pseudonym to preserve this health worker's identity) is a clerk in an emergency room. She's often the first face a patient sees and the first person to screen them. Her husband is immunocompromised. She wears a surgical mask, not an N95 respirator, because that is all her employer is giving her.¹

"I have great concerns that I am bringing [COVID-19] home to someone who is on chemotherapy."

Michelle (another pseudonym) is a health care worker in a group home. Her grandson has an inherited disorder for which there is no cure. She also has a baby granddaughter. When she asked for a surgical mask, her supervisor asked: "Is your client sick?" Michelle answered "no." The supervisor asked: "Are you sick?" Michelle again answered "no." The

supervisor responded: “If you are not sick, we are not allowed to give you masks.”²

Preparing for the worst

Across Canada, health care workers and their families made the kind of preparations normally made by those going off to war.

An Edmonton nurse reported that she and her husband prepared their wills just before she began treating possible COVID-19 patients.

The nurse, a mother of two, said: “A lot of my colleagues and I have described it as standing on the edge of a cliff and looking down, but not knowing how far it is to the bottom or when you’re going to fall.”³

She is worried about shortages of personal protective equipment and about what would happen if she or her firefighter husband were to get sick.

“I have anxiety, but I’m not necessarily afraid.”⁴

Daily risks and heightened anxiety

Health care workers face significant risks each and every working day.

Consider a respiratory therapist in Toronto. He faces life-and-death situations every day, especially when helping to prone a patient: turning them onto their stomach so they can draw more air.

“When we’re doing the proning, [the patient is] connected to life support. If that circuit disconnects, it’s just going to shower [us] with all that spray, which puts us at [a] high, high risk of getting COVID.”⁵

His anxiety is a constant. At one point, he took himself to the emergency room, worried about his chest pains, which he later found out were anxiety-related.

“There’s the fear because I don’t want to take this back to my family; I don’t want to hurt anyone else.”⁶

Dealing with “a sneaky virus”

An experienced nurse in Ontario has experienced SARS, H1N1 and Ebola. But this pandemic, she says, is different.

“COVID-19 is a sneaky virus. This outbreak is scarier because patients can spread the virus while symptom-free. With SARS, it was clearer who was infected. With COVID-19, we have fewer clues that someone might be a carrier.”⁷

COVID-19 raises the stakes – and the pressures – normally found in any emergency room.

“In the ER, we’re still treating car accident injuries, heart attacks, strokes – anything you can think of and a dozen things you can’t. And it’s all complicated by this virus. Say, my team is running a Code Blue to resuscitate a patient. This happens often. But now we have to think about the fact that, if a patient is unresponsive, we can’t ask for their medical or travel history. We can’t know if they’re infected. Right now, we don’t have the luxury of getting it wrong. We have to assume they could have the virus.”⁸

Introduction

The system for protecting Canadian health care workers is broken. It must be fixed before the second wave of COVID-19.

If the reader notices a parallel between this language and the language used by the late Justice Archie Campbell to describe the systemic failures of severe acute respiratory syndrome (SARS) in 2003,⁹ it is no coincidence. Similar language is being used to describe health care worker safety problems exposed by COVID-19 that are similar in cause and manifestation to those revealed by SARS.

In COVID-19, Canada is witnessing a systemic preventable failure to learn from the 2003 SARS outbreak. It is a failure to both adequately prepare and to urgently respond in a manner that is commensurate with the gravest public health emergency in a century.

The biggest SARS lesson – flowing from the heavy burden of the disease on health care workers, who comprised 44 per cent of cases in Ontario¹⁰, the largest outbreak outside Asia¹¹ – was the precautionary principle.

When facing a new pathogen, there is a call for safety: protect health care workers at the highest level using airborne precautions, including N95 respirators or higher, until we better understand the new virus; scale the protection down only if it is safe to do so.

The precautionary principle also extends to other pandemic containment measures, like border closings and public masking: when the evidence is not conclusive, it's best to err on the side of caution and safety.

Since the start of COVID-19, the lessons of the precautionary principle have largely been

ignored, despite repeated warnings from health care workers, unions and worker safety experts.

According to a snapshot of data analyzed by the Canadian Institute for Health Information, as of July 23, 2020, more than 21,000 health care workers in Canada had been infected with COVID-19. The highest infection rates, as a proportion of total provincial cases, are in Quebec, New Brunswick, Nova Scotia and Ontario.¹²

Nationally, health care workers comprise almost 20 per cent of all COVID-19 infections in Canada,¹³ a rate that is double the global health care worker infection rate (10 per cent) reported by the WHO and the International Council of Nurses.^{14 15}

Canada's national health worker infection rate is also more than four times the rate in China, where airborne precautions are used.¹⁶

Health care workers comprised 24.1 per cent of cases in Quebec and 16.7 per cent of cases in Ontario. In the Atlantic provinces, health care workers represented 18.8 per cent of total cases in New Brunswick and 17.2 per cent of cases in Nova Scotia. In contrast, in Prince Edward Island and Newfoundland and Labrador, health care worker infections stood at 5.6 per cent and 6.1 per cent respectively. The Canadian Institute for Health Information's data snapshot highlights lower figures in the western provinces than the national average: 10.1 per cent in Manitoba, 5.4 per cent in Saskatchewan, 8.8 per cent in Alberta and 7.6 per cent in British Columbia.¹⁷

About 13,000 Canadian health care workers have filed workplace injury claims arising from COVID-19, representing 75 per cent of all claims in Canada. Most were filed in Quebec and Ontario.¹⁸

Tragically, while official reports put the number of health care worker deaths from COVID-19 at 12,¹⁹ at least 16 health care workers have died of COVID-19 in Canada according to union sources.²⁰ They include:

Flozier Tabangin, 47, a residential worker in Richmond, British Columbia, who assisted people with intellectual and physical disabilities and worked multiple jobs to support his wife and young daughter. A former colleague said he was “like a father, a brother to everyone. If you need something, you [could] count on him any time.”²¹

Brian Beattie, 57, a nurse at a seniors’ home in London, Ontario. The Ontario Nurses’ Association said: “Brian was a well-liked and respected registered nurse. He was the definition of dedication, and he considered his colleagues and residents to be his other family.”²²

Victoria Salvan, 64, a health care worker at an under-staffed long-term care home in Montreal, caught the virus just weeks away from retirement. A colleague said Victoria always elicited a smile from her patients “because they knew they would be treated with love and kindness.”²³

Despite the mounting toll on health care workers, Canadian public health agencies and their advisers, acting with the best of intentions, have repeatedly ignored the warnings of unions, health care workers and worker safety experts, and have continued to:

Dismiss the need for the precautionary principle and for the higher protections for airborne disease, which typically involve N95 respirators;

Rule out the need for airborne precautions by summarily dismissing the possibility that SARS-CoV-2, the virus that causes the new disease, was spread by small particles, known as aerosols, that float in the air; and

Assert with high levels of certainty that enough was known about SARS-CoV-2 – the virus that causes COVID-19 and a cousin of SARS – that contact and droplet precautions, including surgical masks, are sufficient, except for high-risk procedures.

There are many instances of a disconnect between infectious experts’ guidance and the on-the-ground reality faced by health care workers.

None is more striking than the following example from Quebec.

“We have been abandoned. The term is strong, but it represents the reality.”

On the same day that a top Montreal infectious disease specialist declared that COVID-19 has demonstrated “how rarely an N95 mask is truly needed” and that surgical masks are sufficient protection,²⁴ Quebec unions published an article citing the fact that more than 13,600 health care workers in the province relying on that advice had been infected.²⁵

The president of the Confédération des syndicats nationaux, Jeff Begley, reproached the government for sending his members to the front lines so poorly equipped.

“We have been abandoned. The term is strong, but it represents the reality. Public health recommendations, blindly followed

by health institutions, have failed to protect staff. And health care workers continue to be put at risk.

From the start of the pandemic, when there was uncertainty about how the virus was transmitted, we asked for protection against possible airborne transmission, which we were denied. Transmission of the virus by aerosols appears more and more likely. The World Health Organization has recognized this recently, and much research is now pointing in this direction. How can we explain that our public health authority continues to recommend the wearing of masks, equipment as well as preventive procedures that do not protect against this mode of transmission?”²⁶

This example is not isolated. Public health agencies and their advisers have steadfastly maintained their aversion to the precautionary principle since the start of COVID-19.

In March 2020, a Public Health Ontario document confidently stated: “Healthcare workers caring for COVID-19 patients in other jurisdictions [...] have not acquired COVID-19 while using droplet and contact precautions recommended in the province.”²⁷

In May 2020, an infectious disease specialist in Toronto said: “The reason we know [COVID-19 is not airborne] is because we have hundreds of health care workers who are taking care of patients wearing regular masks. If this [were] airborne, [...] all those health care workers would be getting sick.”²⁸

In a May 2020 letter to a major Canadian newspaper, a group of infection control experts wrote: “If COVID-19 were an airborne infection [...], we would see large and widespread outbreaks in places adhering to droplet prevention [...]. We have not.”²⁹

In July 2020, another infectious disease expert said that if surgical masks and other contact and droplet precautions “didn’t work, we would see vastly higher numbers in our health care workers.”³⁰

Tragically, the number of infected and dead Canadian health care workers has proven far worse than public health agencies had anticipated and has confirmed the worst fears of health care workers, unions and occupational safety experts.

It has also demonstrated the strong link between health care worker safety and pandemic containment. Consider that, as of August 31, 2020:

Canada had more COVID-19 cases (129,888) than China (85,048), Hong Kong (4,801) and Taiwan (488) combined; and

Canada had more COVID-19-related deaths (9,164) than China (4,634), Hong Kong (88) and Taiwan (7) combined.

Chinese health care workers comprise 4.4 per cent of COVID-19 cases. Most were infected before airborne precautions were implemented.³¹ As of late July 2020, in Hong Kong, five health care workers had been infected.³² Similarly, in Taiwan, just three health care workers had been infected as of late July 2020.³³

A litany of systemic problems

COVID-19 exposed the systemic failure to keep an open mind to the possibility that SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19, was profoundly different from all other

pathogens experienced by humankind and thus warranted a precautionary approach.

COVID-19 has consistently surprised the medical community with a host of other symptoms and complications:

“[T]he virus has been implicated in skin lesions, the loss of taste and smell, heart problems, strokes, brain damage, and other side effects, some of which can be traced back to the virus’s ability to infect the endothelial cells that line blood-vessel walls. The virus also appears to trigger an out-of-control immune reaction, known as a cytokine storm, in some patients.”³⁴

Perhaps the most surprising characteristic of COVID-19 is the large number of what are generally called asymptomatic cases – people who get infected but do not show symptoms or feel sufficiently unwell to see a doctor. These cases fall into two categories. There are people who are subclinical³⁵ or pre-symptomatic,³⁶ with the latter not appearing to be ill but eventually becoming visibly ill. And there are those who are truly asymptomatic and appear healthy throughout the course of their infection.³⁷

Until COVID-19, the evidence suggested that asymptomatic transmission was generally a “rare event,” and that epidemics historically were not driven by that kind of transmission.³⁸

With the benefit of hindsight, we can see that Western experts were not taking a precautionary approach, and did not seem open to the possibility that a completely new virus might behave in a completely new and unexpected manner.

There were early warning signs from China, however, about these so-called “silent carriers.”

In a letter published in *The Lancet* on February 13, 2020, Chinese experts warned that, based on their frontline experience, asymptomatic COVID-19 patients were a serious issue and could spread the disease. In their view, this was an important reason for protecting health care workers at a precautionary level with airborne protections:

“These findings warrant aggressive measures (such as N95 masks, goggles and protective gowns) to ensure the safety of health care workers,” they concluded.³⁹

Moreover, citing classified Chinese government data, the South China Morning Post reported in March 2020:

“The number of ‘silent carriers’ – people who are infected by the new coronavirus but show delayed or no symptoms – could be as high as one-third of those who test positive.”⁴⁰

A study published in August 2020 in *JAMA Internal Medicine* confirmed that estimate, suggesting that 30 per cent of COVID-19 cases may be asymptomatic. Dr. Anthony Fauci, director of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases in the United States, puts the estimate as high as 40 per cent.⁴¹

Unlike Canada, China and South Korea felt the evidence of asymptomatic transmission was sufficient to take a precautionary approach early in the pandemic. They decided to test anyone who had had close contact with a COVID-19 patient, regardless of whether the person presented symptoms. Some experts suggested this may explain why the two Asian countries seem to have stemmed the spread of the virus.⁴²

Canada’s failure to take a precautionary approach to the possibility of asymptomatic

transmission – as China and South Korea did – has had profound consequences for health care workers and for border control measures.

If a “silent carrier” can transmit the disease, then emphasizing such symptoms as fever, cough and gastrointestinal issues as indicators of COVID-19 (as Canada did for far too long) is an inadequate means of triaging passengers arriving at Canadian airports.

In hindsight, Canada’s approach for detecting COVID-19 cases at the border or in the health care system left a huge blind spot.

Inadequate supplies of PPE

There have been persistent and widespread systemic supply management problems during COVID-19, leading to debilitating shortages of personal protective equipment, despite the lessons from SARS on stockpiling supplies.

These problems had been years in the making because Canada had allowed itself to be dependent on foreign manufacturers. Successive federal and provincial governments had sat on their hands on this issue, even after it had been exposed by SARS.

This was compounded by the destruction of significant stockpiles in the years leading up to COVID-19.

The federal government destroyed and did not replace its stockpile of up to two million N95 respirator masks in May 2019, leaving only 100,000 in federal warehouses at the start of the pandemic.⁴³

In 2017, Ontario began destroying as many as of 55 million N95 respirators that had been

stockpiled on the recommendation of the SARS Commission in preparation for a public health emergency. These respirators had been allowed to expire and were not replaced.⁴⁴

Because of N95 shortages during COVID-19, health care workers across Canada have been pressured to use surgical masks, even though worker safety experts overwhelmingly believe fit-tested N95 respirators, or better, along with other personal protective equipment, should be considered the minimum requirement to protect workers against a new pathogen like COVID-19.

“We’re so low on N95 masks that we’re expected to enter COVID-19 rooms with surgical masks.”

One nurse reported a negative experience with management after refusing to conduct COVID-19 tests without an N95:

“This didn’t go over well. I was made to feel belittled, and my concerns were dismissed.”⁴⁵

Another nurse expressed similar anxieties about having to engage with COVID-19 patients without the appropriate personal protective equipment:

“We’re so low on N95 masks that we’re expected to enter COVID-19 rooms with surgical masks, which are not effective against the virus. Not only are we risking our own health, but the health of our children and spouses.”⁴⁶

Even surgical masks were often rationed during the pandemic. Some hospitals limited frontline staff to one or two disposable masks a day.

“They’re treating us like we’re disposable,” said one nurse, whose identity was kept confidential by CBC.⁴⁷

Another anonymous nurse expressed similar feelings to the *Toronto Star*.

“When you walk [into the hospital] and see your entire worth as a human being is two masks in a brown paper bag – like, that’s all you’re worth to the hospital, that’s all your health is worth, two masks for a whole shift – you’re like, what am I doing here?”⁴⁸

“I didn’t sign up to die on my job.”⁴⁹

Going to work meant that health care workers risked not only their own health but also that of their families.

The case of Felicidad Maloles, a highly regarded 65-year-old personal support worker in Toronto, underscores the risks to health care workers’ families. She survived a bout of COVID-19, but lost her 69-year-old husband, her partner for 40 years, to the disease.

“I’m so stressed, and blaming myself because I got the virus,” said Maloles. If I didn’t get the virus, maybe he would not die.”⁵⁰

These heartbreaking stories of disease and death, of mental anxiety and anguish – combined with troublingly high rates of infection and death among health care workers – underline the breadth of systemic worker safety failings during the first phase of COVID-19, and of the extent to which the lessons from SARS were not heeded.

To be sure, other countries, like the United States, have fared much worse than Canada in containing the pandemic. That is little comfort to the thousands of infected Canadian health

care workers and their families. Countries like the United States escaped SARS and did not have the opportunity to learn from it. Canada experienced SARS but tragically did not apply the lessons learned.

Failure to heed warnings from health care workers and unions

A significant systemic problem during COVID-19 – as it was during SARS – is that health care workers and unions were not seen by governments and public health agencies as collaborative partners in setting safety guidelines and procedures. This is, unfortunately, still the case, despite the fact that the Internal Responsibility System, the principle underlying all Canadian worker safety laws and regulations, mandates the equal participation of unions and workers in keeping workplaces safe.

Consider the following timeline on how hard it was for unions to be included in the Public Health Agency of Canada’s discussions on worker safety:

January 24, 2020: The Canadian Federation of Nurses Unions (CFNU) wrote to the Public Health Agency of Canada (PHAC), asking for unions to be directly involved in developing COVID-19 health care infection prevention and workplace safety guidance, as they had with the H1N1 outbreak in 2008 and Ebola in 2013-2014.⁵¹

January 28, 2020: PHAC refuses to allow nurses’ unions to participate.

January 29, 2020: Nurses unions made a second plea to Dr. Theresa Tam regarding PHAC's refusal to include them in the development of guidance that had a direct impact on workers' safety.⁵²

January 29, 2020: Nurses unions pled with federal Health Minister the Honourable Patty Hajdu regarding PHAC's refusal to include them in health care worker safety discussions.⁵³

February 1, 2020: Nurses unions are provided with an embargoed copy of the first edition of the PHAC worker safety guidance for acute care (*Infection Prevention and Control for Novel Coronavirus (2019-nCoV): Interim Guidance for Acute Healthcare Settings*).

February 3, 2020: the PHAC released the guidance online prior to CFNU's response.

More will be said later in this report about how the subsequent consultations between public health agencies, unions and workers generally have not been conducted in a spirit of collaboration and cooperation, and in a manner reflecting the principles of the Internal Responsibility System.

The lens of hindsight

Canada should have done better to protect our health care workers.

We are able to say this with the benefit of hindsight. This tool was not available to Canadian public health agencies, their experts and their advisers. It goes without saying that no one wished for the unacceptably high levels of disease and death among Canadian health care workers. We are using the benefit of hindsight not to demonize or scapegoat, but to

identify where things went wrong and to draw lessons from mistakes.

We will never know for certain to what extent those unbearably high numbers of health care worker infections and deaths could have been reduced, had the warnings of unions, health care workers and safety experts been heeded.

What we do know – and will demonstrate in this report – is that other nations that experienced SARS, like China, Hong Kong and Taiwan, were able to draw from that experience and apply its vital health care worker safety lessons. And their health care workers fared better than ours.

Who is to blame?

While it would be tempting to point fingers at particular individuals, or groups of individuals, for worker safety failures, those failures are, in fact, systemic.

In the SARS Commission's final report, Justice Campbell noted findings that are as relevant today as they were in 2006:

"It is too easy to seek out scapegoats. The blame game begins after every public tragedy. While those who look for blame will always find it, honest mistakes are inevitable in any human system. There is always more than enough blame to go around if good faith mistakes made in the heat of battle are counted in hindsight as blameworthy."⁵⁴

The leaders of the COVID-19 response in Canada – like their predecessors during SARS – are dedicated, competent, well intentioned, highly trained and hard-working. Leaders in 2002 and in 2020 acted in good faith and with the best of intentions.

The failures to heed the warnings of SARS and fully protect health care workers during the current pandemic are systemic ones⁵⁵ – grounded in organizational shortcomings, deficiencies and imperfections – and not directly attributable to any individual or group.

Writing of SARS in sentiments equally applicable to COVID-19, Justice Campbell wrote:

“This was a system failure. We were all part of it because we get the public health system and the hospital system we deserve. We get the emergency management system we deserve and we get the pandemic preparedness we deserve. The lack of preparation against infectious disease, the decline of public health, the failure of systems that should protect nurses and paramedics and doctors and all health care workers from infection at work, all these declines and failures went on through three successive governments of different political stripes. We all failed ourselves, and we should all be ashamed because we did not insist that these governments protect us better.”⁵⁶

Because of systemic failures, Canada has experienced a tragic replay of many of the worker safety issues identified by Justice Campbell and the SARS Commission. Sadly, it was these very systemic failures that the SARS Commission’s findings and recommendations had been designed to address.

During the SARS epidemic outbreak, as now during the COVID-19 pandemic, there was a passionate debate over whether droplet and contact precautions (including surgical masks) or airborne precautions (including fit-tested N95 respirators or higher) sufficiently protected health care workers against a novel pathogen.

The fact that this debate still rages during COVID-19 demonstrates the wide continuing gap between widely accepted worker safety principles in health care and the ethos of public health agencies and their advisers. The former are rooted in the precautionary principle of erring on the side of caution in the face of scientific uncertainty; the latter – on levels of scientific certainty more appropriate for the safe introduction of new medicines and vaccines.

The best evidence of SARS’s ability to spread through the air under certain conditions did not emerge until about a year after the outbreak.

Justice Campbell noted that this validated the precautionary approach:

“Knowledge about how SARS is transmitted has evolved significantly since the outbreak. Some recent studies suggesting a spread by airborne transmission lend weight to a precautionary approach to protect health care workers against a new disease that is not well understood.”⁵⁷

Compared to the absence of evidence during the SARS outbreak itself, there is now growing evidence of possible airborne transmission of SARS-CoV-2.

Over and over during COVID-19, health care workers, unions, and health and safety experts have presented mounting research on airborne and aerosol transmission, not as definitive proof but as sufficiently compelling for the precautionary principle to be invoked.

Over and over, public health agencies and their advisers have misinterpreted the submissions on airborne transmission by unions and safety experts as failed attempts at definitively proving that SARS-CoV-2 spreads through breathing, talking, singing and coughing.

Definitive proof was never their intention. Instead, unions and safety experts were simply demonstrating the need for adopting a precautionary approach until the science is settled.

A prime example is the response by the Canadian public health community to a July 2020 letter to the WHO. The letter, which was signed by 239 experts from 32 countries, called on the WHO to revisit its deep-seated resistance to growing evidence of airborne transmission. Suggesting that it is precisely during a time of scientific uncertainty that the precautionary principle should be invoked, the authors noted:

“It is understood that there is not as yet universal acceptance of airborne transmission of SARS-CoV-2; but in our collective assessment there is more than enough supporting evidence so that the precautionary principle should apply. In order to control the pandemic, pending the availability of a vaccine, all routes of transmission must be interrupted.”⁵⁸

The letter has been widely dismissed by the Canadian public health and infection control experts, who judged it not on its precautionary message but on whether it proved airborne transmission.

One public health leader called it “a tempest in a teapot.”⁵⁹

An infectious disease expert said:

“We’re just rehashing the same arguments that we’ve heard throughout February, March, April up until now. I’m not quite sure what the fuss is all about.”⁶⁰

The debate over the WHO letter was reminiscent of Justice Archie Campbell’s warning in

the SARS Commission’s final report regarding the importance of the precautionary principle:

“The point is not who is right and who is wrong about airborne transmission. The point is not science, but safety. Scientific knowledge changes constantly. Yesterday’s scientific dogma is today’s discarded fable. [...] We should not be driven by the scientific dogma of yesterday or even the scientific dogma of today. We should be driven by the precautionary principle that reasonable steps to reduce risk should not await scientific certainty.”⁶¹

Blame and accountability

The strength of inquiries like the SARS Commission is that they can identify systemic root causes and systemic solutions.

Their weakness is that, because they are precluded from assigning civil or criminal liability, no one and no group is held accountable. No one was fired after SARS. No one was scrutinized over their actions or omissions.

There were many remarkable leaders during SARS – like the late Dr. Sheila Basrur, then head of Toronto Public Health. She was integral to the response’s success, especially in light of the absence of effective leadership.

But there were also those whose actions fell well below the standards set by the commendable actions and leadership of Dr. Basrur.

Which brings us to the question of how best to fix the systemic problems that COVID-19 has revealed.

We must recognize that our public health leaders have acted in good faith and with the best of intentions to address systemic failings that have been years in the making.

However, just because problems are systemic and require systemic solutions does not mean that the actions of decision-makers should not be reviewed on a go-forward basis.

This should be done not to find scapegoats but to determine who is most qualified to fix the systemic problems revealed by COVID-19.

Protect health care workers, protect the community

In the wake of the first phase of COVID-19, Canada has little to celebrate. It has paid a heavy price in disease, death, anguish and anxiety for failing to have learned from SARS and taken a precautionary approach.

Canada's pandemic scoreboard is a depressing read.

More than 21,000 Canadian health care workers have contracted COVID-19. They make up about one in five cases. On pandemic containment, we have more cases and deaths than China, Hong Kong and Taiwan, our SARS peers,⁶² combined.

COVID-19 has reaffirmed an important lesson from SARS: health care worker safety and outbreak containment go hand in hand.

Protecting health care workers breaks the chain of transmission. If they are protected, they cannot be infected by their patients, residents or their colleagues. Conversely, if

they are protected, they cannot infect their patients, their residents, their colleagues and their families.

One of the strongest lessons from SARS is that the health and safety of health care workers and other first responders is vital in a public health emergency.

As Justice Campbell noted, protecting health care workers during a pandemic has a positive knock-on effect by helping to mitigate pandemic's human, societal and economic negative consequences.

"One of the strongest lessons from SARS is that the health and safety of health care workers and other first responders is vital in a public health emergency. SARS demonstrated that an emergency response can be seriously hampered by high levels of illness or quarantine among health care workers."⁶³

We owe a great debt of gratitude to the tens of thousands of Canadian health care workers who bravely cared for COVID-19 patients, often in environments like long-term care facilities with exceptionally high levels of risk and disease, and troubling working conditions.

For decades, health care workers have witnessed first-hand the understaffing, overcrowding and persistent lack of funding that have chronically impoverished long-term care facilities, and now revealed by COVID-19. And for decades, governments, long-term care owners and operators have turned a blind eye, relying on the dedication and courage of health care workers to act as the fragile glue to mend

the unmendable – the many, deep, persistent and long-standing cracks in this sector.

At the beginning of September 2020, about eighty per cent of Canadian deaths from COVID-19 had been in the long-term care sector, exceeding by far deaths from COVID-19 in hospitals or within the community. During the same period, approximately one in five seniors' homes in Canada had experienced outbreaks.⁶⁴

As COVID-19 has exposed this sector's fissures and shortcomings, health care workers have paid a heavy price. Since the start of the pandemic, over 10,000 health care workers have contracted COVID-19 in long-term care, representing about a third of all cases in nursing homes.⁶⁵

These issues need to be addressed on an urgent basis.

We also owe a great debt of gratitude to other essential front-line workers in a myriad of sectors and to the millions of Canadians who have followed public health advice and have persevered in the face of one of Canada's greatest challenges. That we flattened the curve during the first phase of COVID-19 is a testament to them, and to their profound commitment to Canada's foundational social values.

We cannot waste the breathing room they have bought us. As we brace for a potential second wave of COVID-19, public health agencies and governments must act urgently to fix the worker safety systemic failings exposed by the current pandemic, and learn from other jurisdictions, like China, Hong Kong and Taiwan, that used the precautionary principle to protect their workers and to more effectively contain the pandemic.

Justice Campbell presciently warned in his final report in December 2006:

“SARS taught us to be ready for the unseen. This is one of the most important lessons of SARS. Although no one did foresee and perhaps no one could foresee the unique convergence of factors that made SARS a perfect storm, we know now that new microbial threats like SARS have happened and can happen again. However, there is no longer any excuse for governments and hospitals to be caught off guard and no longer any excuse for health care workers not to have available the maximum level of protection through appropriate equipment and training.”⁶⁶

There is no longer any excuse to not fully protect our health care workers from COVID-19.

The systemic failures revealed by COVID-19 must be fixed, and quickly.



Recommendations

Precautionary Principle

- That the precautionary principle, which states that action to reduce risk need not await scientific certainty, be expressly adopted as a guiding principle throughout Canada's public health, employer infection policies, measures, procedures and worker safety systems by way of immediate action in: policy statements; all relevant operational standards and directions; and by inclusion, through preamble, statement of principle, or otherwise, in all relevant legislation.
- That in any infectious disease public health emergency, the precautionary principle guide the development, implementation and monitoring of measures, procedures, guidelines, processes and systems for the early and ongoing detection and treatment of possible cases.
- That in any infectious disease public health emergency crisis, the precautionary principle guide the development, implementation and monitoring of worker safety measures, procedures, guidelines, processes and systems.
- That federal and provincial/territorial governments must collaboratively act on an urgent basis to ensure that there are sufficient supplies of N95 respirators, or better, or equivalent, to ensure that all health care workers can be protected at a precautionary level. This must include maintaining and regularly refreshing strategic stockpiles and developing a made-in-Canada supply chain.
- The precautionary principle should be the primary driver in setting and properly maintaining levels of personal protective equipment in national and provincial stockpiles. Stockpiles should be set and maintained at levels that ensure that all health care workers are protected at an airborne level. Building on its contracts with 3M and Medicom to produce N95 in Canada, the federal government should ensure that Canada has sufficient domestic production capability to protect health care workers at a precautionary level.
- When a new pathogen emerges – and experts believe COVID-19 is not the last time we will face this threat – health care workers should be protected at a level consistent with the precautionary principle. This precautionary requirement should be enshrined in all occupational health and safety legislation.
- Chief medical officers of health (CMOHs) should be statutorily required to consider and apply the precautionary principle in assessing their jurisdiction's public health emergency preparedness, thus ensuring that their health care workers are protected at a precautionary level.
- Decisions to forego the precautionary principle should not be taken arbitrarily, with a lack of transparency, or without the concurrence of health care worker unions and workplace safety experts. Decisions to

forego the precautionary principle should be reviewed by relevant legislative committees and auditors general.

- That the health and safety concerns of health care workers be taken seriously, and that in the spirit of the precautionary principle, health care workers should also feel safe.
- Canada should critically assess WHO guidance on worker safety and pandemic containment through the lens of the precautionary principle, and determine whether it is in Canada's best interests and reflects the best evidence from other countries' natural experiments, and emerging scientific evidence.

Occupational Health and Safety

- Canada should immediately add occupational hygienists, worker safety experts and aerosol experts to PHAC and jointly develop guidance that exercise the precautionary principle and accepts and consider diverse sources of evidence, not just randomized control trials.
- On worker safety and pandemic containment measures, Canada should have the resources and capabilities, including sufficient worker safety and aerosol expertise, to independently assess guidance from the WHO and to formulate our own.



Example of PPE worn in South Korea during the COVID-19 pandemic (source: Korean Health & Medical Workers' Union)

- A formal national health care table should be established involving health care unions, employers and the PHAC, with a legal requirement for the PHAC to consult that committee in a transparent and meaningful manner before finalizing guidance on infectious disease response.
- Guidance on the safety of health care workers be made on a precautionary basis by workplace regulators, health care worker unions and worker safety experts working collaboratively, and that those decisions form the basis of health worker safety guidance issued by public health agencies.
- Ensure that provincial labour ministries have the resources and ability to act independently from provincial health ministries and fully enforce occupational health and safety laws.
- That provincial ministries of labour use their enforcement and standard-setting activities, and ministries of health use their funding and oversight, to promote organizational factors that give rise to a safety culture in health workplaces.
- That in any future infectious disease crisis, ministries of labour have clearly defined decision-making role on worker safety issues, and that this role be clearly communicated to all workplace parties.
- That provincial ministries of labour have the capabilities and resources to safely, effectively and comprehensively conduct in-person, on-site inspections during public health emergencies.
- Establish a worker safety research agency as an integral part of the Public Health Agency of Canada with legislated authority for decision-making on matters pertaining

to worker safety, including the preparation of guidelines, directives, policies, and strategies. It would be modeled on NIOSH, an essential part of the U.S. CDC, and would be focused on worker safety and health research, and on empowering employers and workers to create safe and healthy workplaces. Like NIOSH, its staff would represent all fields relevant to worker safety, including epidemiology, nursing, medicine, occupational hygiene, safety, psychology, chemistry, statistics, economics, and various branches of engineering.

- In the interim and on an urgent basis, any section of the PHAC involved in worker safety have, as integral members, experts in occupational medicine and occupational hygiene, and representatives of workplace regulators, and consult on an ongoing basis with workplace parties.

Accountability, Transparency and Independence

- It is important that Canadian ministers and senior public health officials continue to participate in relevant WHO decision-making bodies. However, to preserve Canada's independence, Canadian participants in policy and Canadian guidance-making bodies should not wear two hats. They should either participate in policy and guidance making at the WHO or at Canadian public health agencies, but not at both.
- Federal and provincial chief medical officers of health (CMOHs) be statutorily required, on an annual basis, to report to their respective legislatures, and to the

public that they're mandated to protect, on the state of their jurisdiction's public health emergency preparedness, and make recommendations on addressing any shortcomings. The preparation of this report should reflect the concerns and perspectives of health worker unions and safety experts.

- The reports of the CMOHs be required to go to a standing committee of their respective legislatures, which will hold annual hearings into the report and related issues.
- Chief medical officers of health be given the statutory independence – in jurisdictions where they do not have this right – to speak publicly on vital issues like pandemic preparedness without fear of political interference or retribution.
- Qualified outside auditors with sufficient expertise and resources independently audit, on a biannual basis, CMOHs' preparedness resources and their statutory declarations on pandemic preparedness, and publicly report their findings.
- That all jurisdictions be required to publicly report to their stakeholders – and to the federal government – in a consistent, detailed and timely manner the number of health care worker infections in their area.
- Governments and public health agencies be open and transparent on levels of PPE stockpiles.
- With regards to efficiently and cost-effectively maintaining stockpiles of PPE, governments may want to consider Taiwan's three-tier stockpiling framework. It has proven its ability during COVID-19 to optimize the PPE stockpiling efficiency, including through regular cycles of

refreshing, ensure a minimum stockpile, use the government's limited funds more effectively, and achieve the goal of sustainable management.

- That significant good faith effort be made to iron out federal-provincial jurisdictional conflicts hindering timely data sharing on health care worker infections.
- That Statistics Canada be given the authority and resources to implement and operate a transparent national system on health care worker data. The resulting data sets must have consistent terminology and criteria. They must have significant granularity to allow monitoring and trend analysis by occupation and sector at a detail level (e.g., PSW, nurse, physician; or LTC, nursing homes, hospitals, pandemic wards within hospitals, direct patient care and other key roles such as triaging). The data has to be shared in real time, not delayed by weeks or even months. And the performance of the system must be monitored and tested regularly.

Long-term care

- Fixing an historical anomaly, the Canada Health Act should be amended to include long-term care, making it available to Canadians on a universal basis. Government programs aimed at assisting Canadians with long-term care needs vary by jurisdiction and typically are income-based. This is not consistent with the principle of universality at the heart of Canada's publicly funded health care.
- Convene a national commission to develop short-, medium- and long-term strategies for the structure of the long-term care

sector in light of the shortcomings revealed by COVID-19.

- Develop and implement a long-term care labour force strategy to address the multiple labour force problems revealed by COVID-19, including the problems of inadequate compensation, staff shortages, overreliance on part-time staffing, and training failures.
- Improve wages, benefits (including paid sick leave) and conditions of employment for health care workers in the long-term care sector to levels that commensurate with the social importance of their work, the complexity of their duties and the daily hazards they face, even in non-pandemic times.
- Offer all part-time workers in this long-term care sector full-time employment (with full-time wages and benefits) and limit their work to one single facility.
- Examine best practices of jurisdictions like South Korea, Hong Kong and Singapore that have a strong track record of limiting COVID-19 in their long-term sectors. In South Korea, for example, anyone with suspected COVID-19 is immediately isolated and moved out to a separate emergency quarantine centre or hospital. In Hong Kong, all long-term care facilities have, as a minimum, a three-month supply of N95 respirators and other PPE. Also in Hong Kong, all long-term care facilities conduct emergency exercises every year to coincide with the advent of flu season to ensure infection control measures and resources are in an acceptable operational state.
- Because systemic infrastructure shortcomings limit the ability of many long-term care facilities to isolate COVID-19 cases, it is vital that on an urgent basis separate

emergency isolation facilities be created, resourced and staffed. This would permit COVID-19 cases to be transferred out of long-term care facilities that are unable to isolate them.

- Ensure that any surge in COVID-19 hospitalizations does not result in shifting patients to already overburdened, under-resourced, and understaffed long-term care facilities, who may be unable to isolate new admissions.
- Reflecting a best practice developed in the U.S., consider establishing, where space and resources permit, a cohort unit for exposed and new admissions as an effective way to separate and screen higher risk individuals for the 14-day incubation period. Keeping these patients on isolation and with dedicated staff would make contact tracing for exposure identification easier.
- Ensure that all long-term care facilities are staffed by a dedicated infection control professional with occupational health and safety training. Require that professional to provide quarterly, publicly accessible assessments of the state of infection control and occupational health and safety at their facility.
- Ensure that relevant workplace regulators conduct in-person, proactive inspections of all long-term facilities to ensure compliance with occupational health and safety laws, regulations and best practices.
- On an urgent basis, ensure that all health care workers in the long-term sector are properly trained and fit-tested on the use of N95 respirators and other protective equipment.

All sectors (community, acute and long-term care)

- Respect and enforce the health and safety rights of workers.
- Ensure workers have the right to participate in decisions that could affect their health and safety.
- Ensure workers have the right to know about the hazards in their workplace and receive the training they need to be able to do their jobs safely.
- Ensure workers have the right to refuse work that could endanger their health and safety or that of others.
- That the right of health care workers to speak out about unsafe working conditions be protected from retaliation by their employers.
- Ensure adequate supplies of personal protective equipment (PPE), including N95 respirators or better (e.g., elastomeric respirators), and that workers and essential family visitors have access to appropriate PPE.
- Recognizing that while sufficiently protective, N95s have their drawbacks, including comfort, the federal and provincial governments should collaborate on standards and sufficient supplies of alternative respiratory protective equipment, like elastomerics, that protects at the same level or better than N95s, and that, evidence suggests, may have comfort and cost advantages.
- Provide hands-on training on infection prevention and control, including training testing and drilling workers on donning, doffing, safe use and limitations of PPE – for all workers and essential family visitors working in and entering long-term care homes.

About the author



Richard Lautens/Toronto Star via Getty Images

From 2003 to 2007, Mario Possamai served as Senior Advisor to Justice Archie Campbell, who headed the SARS Commission into the 2003 Ontario outbreak. During this time, he led the Commission's investigations into health care worker safety issues and pandemic planning.

Possamai has often remarked that he considers this work, assisting Justice Campbell, to be the highlight of his career.

For the past three decades, Possamai has led investigations into complex money laundering, corruption and fraud in North America, Europe, Africa, Asia and Australia. His work has assisted in the civil recovery of millions of dollars in stolen assets.

Possamai was retained as an expert witness by the Attorney General of Canada in *Canada (Attorney General) v. Federation of Law Societies of Canada*, a landmark Supreme Court of Canada case involving Canada's anti-money laundering regime.

From 2011 to 2018, Mario was director of enterprise intelligence for a major Canadian

bank, spearheading its efforts to develop actionable strategic and tactical intelligence regarding emerging fraud, money laundering, and cyber threats.

In 2006-07, he managed a court-mandated review of the internal affairs function at Rikers Island, New York City's largest jail complex.

In 2001, Posamai was a lecturer in the RCMP's money laundering expert witness program.

From 1995 to 1997, he was retained by the Government of Malawi to assist in the investigation and prosecution of large-scale corruption and money laundering committed by the regime of the late dictator Hastings Banda. More recently, Mario Possamai has testified as an expert witness before the House of Commons standing committee on health about the implications of COVID-19.

After his retirement in 2018, Mario Possamai has continued to consult on issues related to occupational health and safety, money laundering and organized crime. He currently lives in Toronto.



Endnotes

- 1 Unpublished stories shared with Mario Possamai for this report.
- 2 Unpublished stories shared with Mario Possamai for this report.
- 3 Doolittle, R., Anderssen, E., Perreux, L (2020, April 4). In Canada’s coronavirus fight, front-line workers miss their families, fear the worst and hope they’re ready. April 4, 2020. Globe and Mail. Retrieved from <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-in-canadas-coronavirus-fight-front-line-workers-miss-their-families/>
- 4 Ibid.
- 5 Haines, A., Jones, A.M. (2020, April 30) Health care workers in ICU for COVID-19 patients describe uphill struggle. CTV News. Retrieved from <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/health-care-workers-in-icu-for-covid-19-patients-describe-uphill-struggle-1.4920050>
- 6 Ibid.
- 7 Rennie-Faubert, C. (2020, March 30). I’m a Canadian ER Nurse—Here’s What It’s Like Fighting Coronavirus on the Front Line. Reader’s Digest Canada. Retrieved from <https://www.readersdigest.ca/health/conditions/canadian-er-nurse-coronavirus/>
- 8 Ibid.
- 9 Ontario & Campbell, A. G. (2004). First Interim Report. Toronto: SARS Commission. p.1 Opened with the words: “SARS showed that Ontario’s health systems is broken and needs to be fixed.”
- 10 McDonald, C.L. et al. (2004). SARS in Healthcare facilities, Toronto and Taiwan. *Emerging Infectious Diseases*. 2004 May; 10(5): 777–781. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323242/>
- 11 Possamai, M. (2007). SARS and Health Worker Safety: Lessons for Influenza Pandemic Planning and Response,” *HealthCarePapers*. Vol 8; 1, October 2007.
- 12 Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2020, September 3). COVID-19 Cases and Deaths Among Health Care Workers in Canada. Retrieved from <http://www.cihi.ca/en/covid-19-cases-and-deaths-among-health-care-workers-in-canada>
- 13 Ibid.

- 14 DW News. (2020, July 18). Coronavirus latest: WHO says health care workers account for 10% of global infections. DW News. Retrieved from <https://www.dw.com/en/coronavirus-latest-who-says-health-workers-account-for-10-of-global-infections/a-54208221>
- 15 International Council of Nurses (ICN). (2020, September 16). New ICN report shows governments are failing to prioritize nurses as number of confirmed COVID-19 nurse deaths passes 1000. Retrieved from <https://www.icn.ch/news/new-icn-report-shows-governments-are-failing-prioritize-nurses-number-confirmed-covid-19-nurse>
- 16 Zhan, M. (2020, April 15). Letter to the Editor: Death from COVID-19 of 23 Health Care Workers in China. NEJM. 2020; 382:2267-2268.
- 17 Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2020, September 3). COVID-19 Cases and Deaths Among Health Care Workers in Canada. Retrieved from <http://www.cihi.ca/en/covid-19-cases-and-deaths-among-health-care-workers-in-canada>
- 18 Tait, C. (2020, July 15). Roughly 13,000 health care workers file workplace injury claims tied to COVID-19. Globe and Mail. Retrieved from <https://www.theglobeandmail.com/canada/alberta/article-roughly-13000-health-care-workers-file-workplace-injury-claims-tied/>
- 19 Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2020, September 3). COVID-19 Cases and Deaths Among Health Care Workers in Canada. Retrieved from <http://www.cihi.ca/en/covid-19-cases-and-deaths-among-health-care-workers-in-canada>
- 20 Canadian Federation of Nurses Unions. In Memoriam: Canada's health care workers who have died of COVID-19. Retrieved from <https://nursesunions.ca/covid-memoriam/>
- 21 Molko, D. (2020, April 5). B.C. Care Worker called 'a tireless provider' dies from COVID-19. CBC News. Retrieved from <https://bc.ctvnews.ca/richmond-health-care-worker-who-died-from-covid-19-at-home-being-called-a-hero-1.4887883>
- 22 CBC reporter. (2020, May 12). Nurse who worked at London care home is 1st RN to die of COVID-19 in Ontario. CBC News. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/canada/london/registered-nurse-dies-london-covid-19-1.5566994>
- 23 MacLellan, A. (2020, April 19). Orderly at under-staffed CHSLD dies of COVID-19, remembered for care she showed patients. CBC News. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/victoria-salvan-patient-attendant-ordelies-quebec-covid-19-1.5537724>
- 24 Grant, K. (2020, August 3). Lessons learned will prove crucial in controlling a second wave of COVID-19. Globe and Mail. Retrieved from <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-lessons-learned-will-prove-crucial-in-preventing-a-second-wave-of/>

- 25 Begley, J. (2020, August 3). Opinion: Quebec’s health-care workers need more than thanks. August 3, 2020. Montreal Gazette. Retrieved from <https://montrealgazette.com/opinion/opinion-quebecs-health-care-workers-need-more-than-thanks>
- 26 Ibid.
- 27 Public Health Ontario. (2020, March 6). COVID-19 – What We Know So Far About ... Routes of Transmission.
- 28 Chung, E., Ireland, N. (2020, May 2). Scientists aim to ‘see’ invisible transmission of coronavirus. CBC News.
- 29 Readers Letter. (2020, May 9). Evidence shows COVID-19 is almost exclusively spread by droplets. Toronto Star. Retrieved from https://www.thestar.com/opinion/letters_to_the_editors/2020/05/09/evidence-shows-covid-19-is-almost-exclusively-spread-by-droplets.html
- 30 Weeks, C. (2020, July 9). Scientists studying COVID-19 raise concerns over airborne transmission. Globe and Mail. Retrieved from <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-scientists-studying-covid-19-raise-concerns-over-airborne-transmission/>
- 31 Zhan, M. (2020, April 15). Letter to the Editor: Death from COVID-19 of 23 Health Care Workers in China. NEJM. 2020; 382:2267-2268.
- 32 Cheung, E., Choy, E. (2020, July 18). Hong Kong Third Wave. South China Morning Post. Retrieved from <https://www.scmp.com/news/hong-kong/health-environment/article/3093745/hong-kong-third-wave-fears-fresh-covid-19-cluster>
- 33 Taiwan Center for Disease Control. (2020, July 17). Email correspondence.
- 34 Grant, K. (2020, July 31). In some COVID-19 survivors, lingering effects create a steep climb to full recovery. Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-in-some-covid-19-survivors-lingering-effects-create-a-steep-climb-to/>
- 35 Merriam-Webster: “Not detectable or producing effects that are not detectable by the use of clinical tests.”
- 36 Merriam-Webster: “Not yet displaying symptoms of an illness or disease.”
- 37 Mandavilli, A, (2020, August 6). Even Asymptomatic People Carry the Coronavirus in High Amounts. New York Times.
- 38 Roman, K. (2020, April 3). Mounting evidence of COVID-19 ‘silent spreaders’ contradicts government’s earlier messages. CBC News. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/politics/covid-19-silent-spreaders-1.5520006>.

- 39 Chang, D. et al. (2020). Correspondence: Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *Lancet Respiratory Medicine*. Feb. 13, 2020.
- 40 Ma, J., Lew, L. (2020, March 22). A third of coronavirus cases may be ‘silent carriers’, classified Chinese data suggests. *South China Morning Post*. Retrieved from <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3076323/third-coronavirus-cases-may-be-silent-carriers-classified>
- 41 Mandavilli, A, (2020, August 6). Even Asymptomatic People Carry the Coronavirus in High Amounts. *New York Times*.
- 42 Ma, J., Lew, L. (2020, March 22). A third of coronavirus cases may be ‘silent carriers’, classified Chinese data suggests. *South China Morning Post*. Retrieved from <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3076323/third-coronavirus-cases-may-be-silent-carriers-classified>
- 43 Canadian Press. (2020, April 21). Trudeau pledges reforms After Up To 2 Million Expired N95 Masks Destroyed, *Huffington Post*. Retrieved from https://www.huffingtonpost.ca/entry/trudeau-n95-masks-destroyed_ca_5e9efc86c5b63c5b5874c1d3
- 44 DiManno, R. (2020, March 25). Province stockpiled 55 million face masks – then destroyed most of them. *Toronto Star*. Retrieved from <https://www.thestar.com/opinion/star-columnists/2020/03/25/province-stockpiled-55-million-face-masks-then-destroyed-them.html>
- 45 Mesley, W. (2020, April 3). Nurses reveal fears working on front lines of COVID-19 pandemic. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-nurses-protective-gear-1.5518900>
- 46 Ibid.
- 47 CBC Reporter. (2020, March 26). Ontario hospital staff told to ration masks as Covid-19 spreads. *CBC News*. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/toronto-covid-mask-rationing-hospitals-1.5509731>
- 48 Arthur, B. (2020, March 30). ‘I didn’t sign up to die on my job’: Fear an anger among Ontario nurses battling COVID-19 pandemic. *Toronto Star*. Retrieved from <https://www.thestar.com/opinion/star-columnists/2020/03/30/i-didnt-sign-up-to-die-on-my-job-fear-and-anger-among-ontario-nurses-battling-covid-19-pandemic.html>
- 49 Ibid.
- 50 Pelley, L. (2020, June 8). A healthcare worker got COVID-19 and survived – then lost her partner of 40 years to illness,” *CBC News*. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/a-healthcare-worker-got-covid-19-and-survived-then-lost-her-partner-of-40-years-to-the-illness-1.5602216>

- 51 CFNU. (2020, January 24). Letter from CFNU President Linda Silas to Dr. Theresa Tam. Internal CFNU correspondence.
- 52 CFNU. (2020, January 29) Letter from CFNU President Linda Silas to Dr. Theresa Tam. Internal CFNU correspondence.
- 53 CFNU. (2020, January 29) Letter from CFNU President Linda Silas to Minister Patty Hajdu. Internal CFNU correspondence.
- 54 Ontario & Campbell, A. G. (2006). Spring of fear: The SARS Commission final report. Toronto: SARS Commission. Vol. 1, p.19.
- 55 According to the Cambridge English Dictionary, “a systemic problem or change is a basic one, experienced by the whole of an organization or a country and not just particular parts of it.”
- 56 Ontario & Campbell, A. G. (2006). Spring of fear: The SARS Commission final report. Toronto: SARS Commission. Vol. 1, p.19.
- 57 Ontario & Campbell, A. G. (2006). Spring of fear: The SARS Commission final report. Toronto: SARS Commission. Vol. 2, p. 26.
- 58 Milton, D., Morawska, L., (2020, July 6). It is time to address airborne transmission of COVID-19. *Clinical Infectious Diseases*. Retrieved from <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa939/5867798>
- 59 Lindsay, B. (2020, July 6). Controversy over airborne transmission of COVID-19 ‘tempest in a teapot. CBC News.
- 60 Neustaeter, B. (2020, July 7). Why Canadian health leaders are downplaying concerns about airborne COVID-19 micro droplets. CTV News. Retrieved from <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/why-canadian-health-leaders-are-downplaying-concerns-about-airborne-covid-19-microdroplets-1.5014023>
- 61 Ontario & Campbell, A. G. (2006). Spring of fear: The SARS Commission final report. Toronto: SARS Commission. Vol. 1, p. 12.
- 62 WHO. Summary of Probable SARS Cases. Retrieved from https://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/, Canada, China, Hong Kong and Taiwan recorded a combined 94.8 per cent of all SARS cases, 94.0 per cent of its deaths and 91.7 per cent of its health worker infections.
- 63 Ontario & Campbell, A. G. (2005). Second Interim Report. Toronto: SARS Commission. p. 469.

64 National Institute on Aging (NIA) Long-Term Care COVID-19 Tracker.
<https://ltc-covid19-tracker.ca/>

65 Ibid.

66 Ontario & Campbell, A. G. (2006). Spring of fear: The SARS Commission final report.
Toronto: SARS Commission. Vol. 1, p. 14.



Éric Bédard

De: Élyse Beaudoin (CISSSLAV) <ebeaudoin.cssl@ssss.gouv.qc.ca>
Envoyé: 5 octobre 2020 10:06
Objet: Invitation Réunion COVID-19/CSL mercredi 7 octobre 2020 à 12h

Bonjour à tous,

Nous vous invitons à une nouvelle réunion scientifique COVID-CSL ce mercredi le 7 octobre 2020 à 12h via Zoom.

La présente activité « Réunions scientifiques COVID-19/CSL » est une activité de formation collective autoapprouvée (section 1), conformément au programme de Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

****Pour la liste des présences :** Un lien vers un Office Form vous sera envoyé aux 10 minutes dans le forum de discussion pour pouvoir y consigner votre présence dans le but d'obtenir une attestation du CMDP. Aucune présence ne pourra être ajoutée après la fin de la réunion. Si vous éprouvez des problèmes, écrivez-moi directement pendant la réunion.

*****Petit rappel : ce contenu est exclusif aux membres du CMDP du CISSS de Laval, prière de ne pas diffuser.**

Voici le lien pour vous inscrire :

<https://msss.zoom.us/meeting/register/tJEkcu-hqjMvGt2RpJQd-QfRZ8UT-IA4YiD5>

À l'ordre du jour :

1. Mise à jour des statistiques COVID pour le CISSS Laval - Dre Stéphanie Castonguay

À la fin de cette présentation, les participants seront en mesure de :

- Décrire la situation épidémiologique de la COVID-19 au CISSS de Laval

2. Mise à jour de la PCI – Dr Olivier Haeck

À la fin de cette présentation, les participants seront en mesure de :

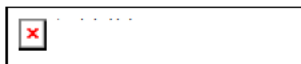
- Décrire la situation épidémiologique de la COVID-19 dans les installations du CISSSL.
- Décrire les nouveautés en prévention et contrôle des infections de la COVID-19 au CISSSL.

Merci à l'avance de votre précieuse collaboration, au plaisir de vous y voir encore une fois en grand nombre ce mercredi!

Valérie St-Charles, MD FRCPC

Urgentologue, CISSS de Laval
Chargée d'enseignement clinique
Université de Montréal
valerie.st-charles.med@ssss.gouv.qc.ca

De: Léger <donotreply@leger360.com>
Envoyé: 6 octobre 2020 06:20
À: Nicole Damestoy
Objet: Devrait-on annuler l'Halloween?



Bonjour,

Chaque semaine, nous sondons les **Canadiens** et les **Américains** afin d'explorer leur point de vue sur la COVID-19 et d'autres sujets d'actualité. Restez à jour sur les dernières tendances et découvrez nos plus récents résultats ci-dessous.

Ce sondage est réalisé à partir de notre panel représentatif LEO (Léger Opinion), en collaboration avec l'Association d'études canadiennes (AEC), et publié dans La Presse Canadienne.

Voici ce que vous devez savoir cette semaine.

HALLOWEEN & ACTION DE GRÂCE

- Compte tenu de la pandémie actuelle, 48% des Canadiens et 54% des Américains qui ont des enfants ayant passé l'Halloween l'année dernière **laisseraient leurs enfants la passer cette année.**
- Compte tenu de la situation actuelle, 52% des Canadiens et 43% des Américains croient que **les gouvernements devraient intervenir et annuler l'Halloween** cette année.
- 40% des Canadiens et 56% des Américains disent qu'ils **n'ont pas changé ou ne vont pas changer leurs plans** pour fêter l'Action de grâce cette année.



ÉLECTION PRÉSIDENTIELLE AMÉRICAINE 2020

- 34% des Américains disent que le débat présidentiel **leur a donné une raison supplémentaire d'aller voter**, 7% disent qu'il **les a découragés d'aller voter**, et 58% confient que le débat **n'impactera pas leur intention d'aller voter**.
- Si l'élection présidentielle avait lieu aujourd'hui, 43% des électeurs américains décidés* voterait pour **Donald Trump**, et 53% voterait pour **Joe Biden**.

*Qui sont inscrits pour voter à l'élection présidentielle américaine et qui ont l'intention de voter.

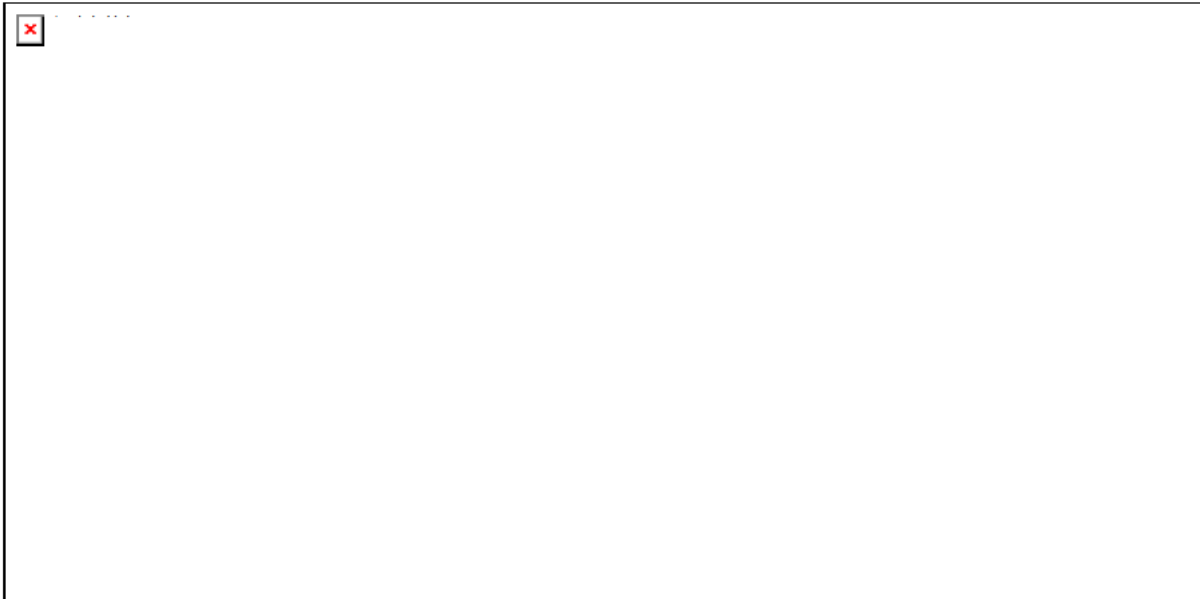
COVID-19

- Pour répondre à la deuxième vague de la pandémie de la COVID-19, 53% des Canadiens croient que **le gouvernement devrait fermer certaines entreprises et activités à haut risque**, mais en garder d'autres, **moins risquées, ouvertes**.

CONSULTEZ LE SONDAGE

ÉTUDE LOYAUT 2020 : LES MEILLEURS PROGRAMMES DE FIDÉLISATION

Léger et R3 Marketing présentent la 4e édition de LoyauT : l'étude annuelle la plus complète sur les tendances et la performance des **programmes de fidélisation au Québec et au Canada**.



De retour après 2 ans, le palmarès LoyauT présente **les 20 meilleurs programmes de fidélisation** au Canada.

Découvrez également les résultats suivants, basés sur les réponses de plus de 5 000 Canadiens, dont 2 000 Québécois :

- Les intentions des Canadiens et de Québécois d'utiliser des programmes de fidélisation à la suite de la pandémie de la COVID-19,
- Quels programmes ont progressé ou régressé depuis les dernières années,
- Les programmes Premium (Amazon Prime, Adeptes PC Optimum, Plum+ et Costco) : leur impact sur les détaillants traditionnels et l'intérêt des membres à adhérer à ce type de programme,
- L'efficacité des cartes de crédit co-brandées,
- La performance comparative des différents types de programme,
- Les futures tendances en fidélisation.

INSCRIPTION AU WEBINAIRE

Léger est la plus grande firme de sondage, de recherche marketing et analytique à propriété canadienne avec plus de 600 employé.e.s réparti.e.s dans ses huit bureaux canadiens et américains. Léger travaille avec des clients prestigieux depuis 1986.

leger360.com

Montréal | Québec | Toronto | Winnipeg | Calgary | Edmonton | Vancouver | Philadelphie



Copyright © 2020 Léger, Tous droits réservés.

Vous recevez ce courriel, car vous avez complété un formulaire sur notre site web, êtes un client existant ou êtes en contact avec un représentant de chez Léger.

Notre adresse postale est :

Léger
507 Place D'Armes, suite 700
Montreal, Quebec H2Y 2W8
Canada

Vous pouvez vous [désinscrire](#) de cette liste.

Éric Bédard

De: Nathalie Messervier <ASMPQ@fmsq.org>
Envoyé: 6 octobre 2020 13:35
Objet: Formation 14-16 octobre 2020
Pièces jointes: PH2020-FinalProgram-Promo.pdf; PH2020-FinalProgram-Promo_F.pdf

Indicateur de suivi: Assurer un suivi
État de l'indicateur: Avec indicateur



FINAL PROGRAM
PROGRAMME FINAL

Je vous encourage à voir si le programme vous intéresse : plusieurs sessions fort pertinentes sur la COVID; plein d'autres sessions fort intéressantes, par exemple :

- COVID:
 - plénière avec Dr Tam et l'Agence de santé publique du Canada
 - gestion d'éclosions
 - Désinformation et infodémie (épidémies de partage d'information)
 - La santé mentale des populations
 - Environnement urbain et équité
 - Changements climatiques

Nathalie Messervier

Coordonnatrice à la Direction

ASMPQ – Association des spécialistes en médecine préventive du Québec

Tél. : 514-350-5138

asmpq@fmsq.org

Site internet et espace membre : www.asmpq.org

AGA 2 octobre 2020



Ce message pourrait contenir des éléments à caractère commercial. Dans cette éventualité, si vous ne désirez plus recevoir de message électronique commercial de l'Association, nous écrire à l'adresse desabonnementcommercialassociation@fmsq.org en indiquant vos nom et prénom.

Avis relatif à la confidentialité

Le présent courriel et tout fichier qui y serait joint sont à l'usage exclusif du destinataire visé par ce courriel ou du mandataire chargé de le lui transmettre. Leur contenu est confidentiel et peut comporter des renseignements protégés. Toute utilisation, diffusion ou copie non autorisée du contenu est strictement interdite. Si vous n'êtes pas le destinataire désigné de ce courriel ou si vous l'avez reçu par erreur, veuillez en informer immédiatement l'expéditeur de ce message et supprimer de façon permanente le présent courriel et tout fichier qui y est joint en vous abstenant d'en faire une copie, d'en divulguer le contenu ou d'y donner suite.

Éric Bédard

De: Sybille Jussome
Envoyé: 6 octobre 2020 16:53
À: Nicole Damestoy; Jocelyne Sauvé; Christine Métayer; Patricia Hudson; Daniel G. Bolduc; Sylvain Mercier; Natalys Bastien; Christiane Thibault; Claude Bernier; 'Gylaine Boucher'; Vicky Bertrand; Benoît Houle; Valérie Émond; Irène Langis; Madalina Burtan; Sarah Dussault; Michel Roger; Bouchra Serhir; Judith Fafard; France Corbeil; Nathalie Labonté; Caroline Drolet; Dominique Grenier; Marie-Pascale Sassine; Anne Kimpton; Pierre-Henri Minot; François Desbiens; 'versailles@versaillescom.com'; Geneviève Trudel
Objet: Rapport quotidien des demandes médias

Bonjour Mme Damestoy,

Voici un compte-rendu des demandes médias de la journée :

COVID-19

- [REDACTED] de La Presse canadienne a fait une demande d'entrevue pour l'aider à interpréter les tableaux des données sur notre site Web sur les cas et décès au Québec versus à l'international : elle doit nous envoyer ses questions précises par courriel.
- [REDACTED] du journal Le Soleil a fait une demande d'entrevue sur la fiabilité des tests PCR dans la foulée de la circulation sur les réseaux sociaux d'information erronée sur le sujet : Hugues Charest a accordé l'entrevue.
- [REDACTED] de La Presse a sollicité Hugues Charest pour une entrevue sur le «pooling d'échantillons» comme pratique de plus en plus répandue au Québec : Judith Fafard va accorder l'entrevue.
- [REDACTED] de La Presse a demandé à parler à un expert sur les récentes mesures appliquées dans les écoles : Chantal Sauvageau a accordé l'entrevue.
- [REDACTED] de Radio-Canada Québec a sollicité Chantal Sauvageau pour une entrevue pour comprendre la vitesse de propagation du virus, comme ça a été le cas dans le bar Kirouac à Québec : redirigé vers la DSP de la Capitale-Nationale.
- [REDACTED] du Devoir a sollicité Gaston de Serres pour une entrevue sur l'efficacité des mesures sanitaires en vigueur pour 28 jours et sur les mesures qui devraient s'appliquer pour l'Halloween : il a accordé l'entrevue.
- [REDACTED] du Journal des voisins nous a envoyé des questions en lien avec les recommandations dans les milieux correctionnels : l'équipe Santé au travail y a répondu par écrit.
- [REDACTED] de Radio-Canada a sollicité Gaston de Serres pour une entrevue sur les raisons qui pourraient expliquer la différence significative entre les cas au Québec et ceux en Ontario : il va lui accorder l'entrevue.
- [REDACTED] du Journal de Québec a sollicité Gaston de Serres pour une entrevue sur les traitements par anticorps : il lui a suggéré de communiquer avec un clinicien comme Caroline Quash ou Dre Cécile Tremblay ou au Dr Karl Weiss.
- [REDACTED] de Québec Science souhaite obtenir une entrevue en lien avec à la mise à jour de la CDC sur la transmission par aérosols. Il veut connaître la position de l'INSPQ sur la question : Jasmin Villeneuve va lui accorder l'entrevue.
- [REDACTED] du MSSS nous a demandé si elle pouvait nous transmettre une demande d'une journaliste qui souhaite savoir si la santé publique mène des études sur les patients rétablis : Gaston de Serres, Jasmin Villeneuve et Chantal Sauvageau ont été sollicités à cet effet.

Vaccin contre l'influenza

[REDACTED] de The Gazette cherche à comprendre pourquoi la campagne de vaccination au Québec commencera en novembre alors qu'elle commencera ce mois-ci dans les autres provinces. Elle veut aussi savoir pourquoi la vaccination n'est pas universelle au Québec : demande transmise à Nicholas Brousseau.

Cordialement,

Sybille Jussome

Conseillère en communication

Institut national de santé publique du Québec

190, boulevard Crémazie Est, Montréal (Québec) H2P 1E2

514 864-1600 poste 3331

INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

Éric Bédard

De: Nicole Damestoy
Envoyé: 6 octobre 2020 08:51
À: François Desbiens
Cc: Jocelyne Sauvé
Objet: RE: GB / Rapport quotidien des demandes médias

Question pour Jocelyne, j'ai eu la même question que toi et ai vu par ailleurs dans le Soleil de ce matin, un article là-dessus avec un graphique maison fait à partir des données INSPQ.
La question de la journaliste allait peut-être au-delà du simple chiffre ?

De : François Desbiens
Envoyé : 6 octobre 2020 07:52
À : Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>
Cc : Jocelyne Sauvé <jocelyne.sauve@inspq.qc.ca>
Objet : RE: GB / Rapport quotidien des demandes médias

Salut Nicole

Je lis le taux de positivité au test à toutes les semaines dans notre production.(voir troisième demande).
Pourquoi ne pas l'avoir dit et remis l'information

De : Sybille Jussome

Envoyé : 5 octobre 2020 17:03

À : Nicole Damestoy <nicole.damestoy@inspq.qc.ca>; Jocelyne Sauvé <jocelyne.sauve@inspq.qc.ca>; Christine Métayer <christine.metayer@inspq.qc.ca>; Patricia Hudson <patricia.hudson@inspq.qc.ca>; Daniel G. Bolduc <daniel.bolduc@inspq.qc.ca>; Sylvain Mercier <sylvain.mercier@inspq.qc.ca>; Natalys Bastien <natalys.bastien@inspq.qc.ca>; Christiane Thibault <christiane.thibault@inspq.qc.ca>; Claude Bernier <claud.bernier@inspq.qc.ca>; 'Gylaine Boucher' <gylaine.boucher@inspq.qc.ca>; Vicky Bertrand <vicky.bertrand@inspq.qc.ca>; Benoît Houle <benoit.houle@inspq.qc.ca>; Valérie Émond <valerie.emond@inspq.qc.ca>; Irène Langis <irene.langis@inspq.qc.ca>; Madalina Burtan <madalina.burtan@inspq.qc.ca>; Sarah Dussault <sarah.dussault@inspq.qc.ca>; Michel Roger <michel.roger@inspq.qc.ca>; Bouchra Serhir <bouchra.serhir@inspq.qc.ca>; Judith Fafard <judith.fafard@inspq.qc.ca>; France Corbeil <france.corbeil@inspq.qc.ca>; Nathalie Labonté <nathalie.labonte@inspq.qc.ca>; Caroline Drolet <caroline.drolet@inspq.qc.ca>; Dominique Grenier <dominique.grenier@inspq.qc.ca>; Marie-Pascale Sassine <marie-pascale.sassine@inspq.qc.ca>; Anne Kimpton <anne.kimpton@inspq.qc.ca>; Pierre-Henri Minot <pierre-henri.minot@inspq.qc.ca>; François Desbiens <francois.desbiens@inspq.qc.ca>; 'versailles@versaillescom.com' <versailles@versaillescom.com>; Geneviève Trudel <genevieve.trudel@inspq.qc.ca>

Objet : GB / Rapport quotidien des demandes médias

Bonjour Mme Damestoy,

Voici un compte-rendu des demandes médias de la journée :

COVID-19

- [REDACTED] de QUB Radio a fait une demande d'entrevue avec le Dr Arruda : redirigé vers le MSSS.
- [REDACTED] de la radio CKVL a demandé à obtenir les données sur les éclosions dans les centres sportifs et de conditionnement physique : demande transmise à Sylvie Martel.
- [REDACTED] de Radio-Canada a demandé à obtenir le taux de positivité des tests : nous l'avons informée que nos équipes travaillent à l'établir et qu'il sera diffusé dès que jugé fiable.
- [REDACTED] de LCN a fait une demande d'entrevue sur la rentrée scolaire pour l'émission de Mario Dumont : Chantal Sauvageau a accordé l'entrevue.
- [REDACTED] de Radio France Québec a fait une demande d'entrevue sur les causes possibles de l'augmentation des cas au Québec : demande transmise à Chantal Sauvageau et Gaston de Serres.

- [REDACTED] du magazine Un point cinq a fait une demande d'entrevue sur l'efficacité des masques jetables vs réutilisables : Chantal Sauvageau a accordé l'entrevue.
- [REDACTED] du magazine l'Actualité a demandé une entrevue sur l'efficacité du traçage à rebours : demande transmise à Chantal Sauvageau et Gaston de Serres.
- [REDACTED] de CBC a fait une demande d'entrevue sur l'augmentation des cas au Québec : Gaston de Serres a accordé l'entrevue.

Cannabis comestible

[REDACTED] de La Tribune a demandé à obtenir les données pour dresser un portrait de la consommation du cannabis comestible au Québec : à la demande de Grégory Léon elle nous l'avons redirigée vers les auteurs du rapport: *Enquête québécoise sur le cannabis 2019*.

Surveillance de l'influenza

[REDACTED] de Radio-Canada Québec a demandé comment il se fait que les rapports hebdomadaires de surveillance de l'influenza et des autres infections respiratoires virales disponibles sur notre site Web ne révèlent aucun cas positif : nous lui avons répondu avec l'aide de Rodica Gilca.

Cordialement,

Sybille Jussome

Conseillère en communication

Institut national de santé publique du Québec

190, boulevard Crémazie Est, Montréal (Québec) H2P 1E2

514 864-1600 poste 3331

INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

Éric Bédard

De: Michel Roger
Envoyé: 6 octobre 2020 12:45
À: Nicole Damestoy; François Desbiens; Florence Lacasse
Objet: RE: notes récapitulatives rencontre DGAUMIP-INSPQ du 5 octobre à valider et suivis
Pièces jointes: notes récapitulatives DGAUMIP-INSPQ 5 octobre 2020.docx

Bonjour Nicole

Quelques précisions en jaunes
merci

Michel Roger, MD PhD FRCPC

Directeur médical
Microbiologiste-infectiologue
Professeur titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec
20045, chemin Sainte-Marie, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), Canada H9X 3R5

Téléphone: 514-457-2070 poste 2235

Courriels : michel.roger@inspq.qc.ca, michel.roger.chum@ssss.gouv.qc.ca

LSPQ – INSPQ Le Laboratoire de santé publique du Québec

www.inspq.qc.ca/lspq/accueil

Ce message peut renfermer des renseignements protégés ou des informations confidentielles. Si vous l'avez reçu par erreur, ou s'il ne vous est pas destiné, veuillez en prévenir immédiatement l'expéditeur et effacer ce courriel.

De : Nicole Damestoy

Envoyé : 5 octobre 2020 21:45

À : François Desbiens <francois.desbiens@inspq.qc.ca>; Michel Roger <michel.roger@inspq.qc.ca>; Florence Lacasse <florence.lacasse@inspq.qc.ca>

Objet : notes récapitulatives rencontre DGAUMIP-INSPQ du 5 octobre à valider et suivis

Bonjour à vous trois

Voici une proposition de CR, à valider et compléter SVP.

Dans les suivis, outre les travaux à faire sur ID Now et les tests antigéniques, ainsi que le dépôt du projet pour les tests de 1^{er} ligne, il faut rédiger la lettre pour demander le branchement DSQ. François, pourrais-tu t'en occuper SVP ?

On en reparle,

Merci à l'avance

Bonne soirée

Nicole