De : Patricia Hudson <patricia.hudson@inspq.qc.ca>
Envoyé : 6 septembre 2022 15:05
À : Luc Boileau (MSSS) <luc.boileau@msss.gouv.qc.ca>; Daniel Desharnais <daniel.desharnais@msss.gouv.qc.ca>; Marie-France Raynault (CCSMTL DRSP) <marie-france.raynault.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca>; jean.longtin.med <jean.longtin.med@ssss.gouv.qc.ca>; Yves Jalbert <Yves.Jalbert@msss.gouv.qc.ca>; Hugo Fournier (MSSS) <hugo.fournier@msss.gouv.qc.ca>; Josée Dubuque <josee.dubuque@msss.gouv.qc.ca>; Eveline Toth <eveline.toth@msss.gouv.qc.ca>; Isabelle Bety (MSSS) <isabelle.bety@msss.gouv.qc.ca>; Lucie Opatrny (MSSS - DGSHMSU) <lucie.opatrny@msss.gouv.qc.ca>; Michèle de Guise <michele.de.guise@inesss.qc.ca>
Cc : Pierre-Gerlier Forest <pierre-gerlier.forest@inspq.qc.ca>; Yves St-Onge <yves.st-onge@inspq.qc.ca>; François Desbiens <francois.desbiens@inspq.qc.ca>; Éric Litvak <eric.litvak@inspq.qc.ca>; Julie Dostaler DVSQ <julie.dostaler.dvsq@inspq.qc.ca>; Benoît Houle <benoit.houle@inspq.qc.ca>; Geneviève Trudel <genevieve.trudel@inspq.qc.ca>; Sandra Tremblay <sandra.tremblay@inspq.qc.ca>; Patricia Hudson <patricia.hudson@inspq.qc.ca>; Marie-Josée Archetto <marie-josee.archetto@inspq.qc.ca>; Carole Gagné <Carole.Gagne@inspq.qc.ca>; Dominique Grenier <dominique.grenier@inspq.qc.ca>; Marie-Claude Gariépy <marie-claude.gariepy@inspq.qc.ca>; Jasmin Villeneuve <jasmin.villeneuve@inspq.qc.ca>; Natasha Parisien <natasha.parisien@inspq.qc.ca>; Christine Lacroix <Christine.Lacroix@inspq.qc.ca>
Objet : Réflexion préliminaire quant aux changements d'indication de dépistage

Bonjour,

Dans le contexte de questionnement quant aux indications de dépistage, voici quelques éléments de réflexion qui pourront alimenter votre prise de décision.

N'hésitez pas à nous interpeller si vous souhaitez un échange ou si vous avez des questions plus pointues.

Patricia Hudson, M.D., FRCPC
Directrice scientifique
Institut national de santé publique du Québec
Direction des risques biologiques
courriel : patricia.hudson@inspq.qc.ca

Adresse physique : 190, boulevard Crémazie, 2.36, Montréal (Québec) H2P 1E2
Téléphone : 514 864-1600, poste 3201

Adresse postale : 945, rue Wolfe, C5-21, Québec (Québec) G1V 5B3
Adjointe de direction : 418 650-5115, poste 5200

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

Institut national de santé publique Québec

Enjeux avec le retrait de dépistage des indications «M» pour les TAAN

6 septembre 2022

- L'indication de dépistage doit d'abord être une indication clinique ou de prévention et contrôle d'une infection, la vigie seule peut difficilement justifier le maintien d'une indication de dépistage. Cependant, tout retrait d'indication de dépistage entrainera une coupure dans le suivi du nombre global de cas, en plus des impacts selon les priorités de tests énumérés ci-dessous.
- Il est important de pouvoir distinguer les tests faits pour des indications cliniques (personnes symptomatiques) ou dans le cadre d'investigation d'éclosion pour les fins du transfert de données au fédéral (RVDSS)

Catégorie M	Taux de positivité (CDC34)	Volumétrie (CDC34)	Impacts de prévention et contrôle des infections en milieu de soins	Impacts sur la vigie (SI-SPIN)	Impact sur la vigie globale	Impacts sur l'évaluation de l'efficacité vaccinale
M1: patients ayant **sx compatibles** avec la COVID-19 **milieux de soins aigus**	8.5 %	10415 (15,9%)	• Risque important de transmission en raison du taux de positivité • Risque d'introduction de la COVID-19 par des usagers symptomatiques dans les milieux de soins (personnes vulnérables, éclosions) • Cas suspecté demeurera suspecté même si possiblement négatif (prolongement d'isolement).	Vigie des éclosions va reposer sur lien épidémiologique et TDAR (influencé par VPP)	• **Impact très important sur la vigie d'un retrait de cette priorité,** car indicateur phare stable dans le temps; • Utilisé pour Rt et plusieurs autres indicateurs de vigie	**Nécessaire** pour les études d'efficacité vaccinale
M2 : usagers ayant **sx compatibles** avec la COVID-19 **CHSLD, RPA, RI-RTF, RAC**	11.5 %	1449 (2,2%)	• Risque important de transmission en raison du taux de positivité • Risque d'introduction de la COVID-19 par des usagers symptomatiques dans les milieux de soins • Cas suspecté demeurera suspecté même si possiblement négatif (prolongement d'isolement)	Vigie possible des éclosions seulement cas probable (TDAR qui est influencé par VPP). Sinon, sera une éclosion de SAG, donc capacité à suivre les éclosions de COVID-19 diminuée	• **Impact significatif sur la vigie,** car permet de suivre le nombre de cas dans les milieux de vie, **prioriser de conserver au minimum dans les CHLSD** • Si retiré, on pourra suivre le nb d'éclosions dans les MV via SPIN-VR si utilisation des TDAR + quelques PCR pour confirmer les éclosions, mais le nombre de cas associé aux éclosions devient alors moins précis et la capacité à identifier une éclosion diminue	Indication M peu utile pour l'analyse de l'EV dans la communauté
M3 : TdeS et **stagiaires** en **contact** avec des	27.7 %	4611 (7,0%)	• Risque de transmission dans les milieux de soins (pour usagers et TdeS) et si les	Vigie des éclosions va reposer sur lien épidémiologique et	• **Impact très important sur la vigie d'un retrait de cette priorité,** car indicateur phare relativement stable dans le temps;	**Nécessaire** pour les études efficacité vaccinale chez les TdeS

Catégorie M	Taux de positivité (CDC34)	Volumétrie (CDC34)	Impacts de prévention et contrôle des infections en milieu de soins	Impacts sur la vigie (SI-SPIN)	Impact sur la vigie globale	Impacts sur l'évaluation de l'efficacité vaccinale
patients/usagers, ayant **sx compatibles** avec la COVID-19			mesures PCI telles que port de l'ÉPI et distanciation physique ne sont pas bien respectées. • TdeS ASX qui vont continuer à travailler et être en contact avec les usagers.	TDAR (influencé par VPP)	• Utilisé pour Rt et plusieurs autres indicateurs de vigie	
M4 : personnes **sans sx compatibles** avec la COVID-19 qui **subiront greffe**, préadm. et à l'adm. Et donneurs	3.2 %	125 (0,2%)	• Risque d'introduction de cas de COVID-19 ASX dans des unités de greffés	Risque de catégoriser cas relié aux milieux de soins alors qu'ils étaient positifs à l'admission (augmentation du nombre de cas noso)	• Indication M peu utile pour la vigie.	Indication M peu utile pour l'analyse de l'EV dans la communauté
M5 : **Éclosion** TdeS **sans sx compatibles** avec la COVID-19 Avec **contact patients/usagers**, sur recommandation d'un DSP, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier de PCI	3.1%	2835 (4,3%)	• Risque de transmission de cas de COVID-19 ASX dans les milieux de courte durée et longue durée et si les mesures PCI telles que port de l'ÉPI et distanciation physique ne sont pas bien respectées. • Recherche de la source d'éclosion plus difficile. • Prolongement du retrait au travail (avec MÀJ, Ø impact).	Risque de ne pas avoir le bon portrait des éclosions (# de cas) Si TDAR : =/- fiable pour cas asymptomatique	• **Impact significatif sur la vigie,** car les tests chez les travailleurs de la santé permettent de suivre la situation dans la cohorte des TdeS; • Influence aussi la capacité de détecter/documenter les éclosions en MV	**Nécessaire** pour les études efficacité vaccinale chez les TdeS
M6 : **Éclosion contacts de personnes** en contexte d'éclosions confirmées ou suspectées **milieux à haut risque** (ex. réseau santé) et exceptionnellement autres milieux recommandation d'une DRSP	7.0 %	5917 (9,0%)	• Risque de transmission chez les contacts des usagers qui sont COVID-19 ASX (ne seront pas dépistés) • Rendrait la recherche de la source d'éclosion plus difficile. • Prolongement de l'isolement.	Risque de ne pas avoir le bon portrait des éclosions (# de cas)	• Moins utile pour la vigie, mais influence la capacité de détecter/documenter les éclosions dans certains MV	Indication M peu utile pour l'analyse de l'EV dans la communauté
M7: personnes ayant des sx compatibles avec la COVID-19 et faisant partie des 9	28.3 %	2637 (4,0%)	• Possiblement entrée de la COVID-19 par les proches aidants (#5 dans la liste).	Ne pas connaître la source de l'éclosion (ex : proche-aidant qui n'a pas accès à un test TAAN)	• **Importance de maintenir une catégorie qui permet de distinguer les tests faits chez des symptomatiques** vs les autres indications chez des asymptomatiques.	**Nécessaire** pour les études d'efficacité vaccinale dans la communauté

PROJET

Catégorie M	Taux de positivité (CDC34)	Volumétrie (CDC34)	Impacts de prévention et contrôle des infections en milieu de soins	Impacts sur la vigie (SI-SPIN)	Impact sur la vigie globale	Impacts sur l'évaluation de l'efficacité vaccinale
groupes suivants : voir liste						
M8 : Patients **sans sx compatibles avec la COVID-19** admis ou qui seront admis dans **48 prochaines heures unités de soins aigus** (ex : chirurgie, médecine, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique)	3.3 %	15015 (22,9%)	Risque de transmission dans les milieux de soins des usagers COVID-19 ASX, particulièrement avec l'épidémiologie communautaire actuelle.	Risque de catégoriser certains cas comme relié aux milieux de soins alors qu'ils étaient positifs à l'admission (augmentation du nombre de cas noso)	• **Impact très important sur la vigie d'un retrait de cette priorité,** car indicateur phare stable dans le temps; très utile en vigie, car indicateur de la transmission dans la population générale, indépendant des habitudes de recours au test • utilisé pour Rt et plusieurs autres indicateurs de vigie • Important de conserver l'intégrité de ce M pour comparabilité (ne pas fusionner avec d'autres M)	**Nécessaire** pour les études d'efficacité vaccinale dans la communauté
M9 : Usagers **sans sx compatibles** avec la COVID-19 à l'admission ou à l'intégration **CHSLD, RPA, RI-RTF, soins de longue durée, palliatifs ou psychiatriques, réadaptation en santé physique ou en déficience physique**	3.2 %	913 (1,4%)	Risque d'introduction de COVID-19 ASX dans des milieux (CHSLD, RPA, soins pall., etc)	Risque de catégoriser certains cas comme relié à ces milieux de soins alors qu'ils étaient positifs à l'admission/transferts du CH (augmentation du nombre de cas noso)	• Moins utile directement, mais influence la capacité de détecter/documenter les éclosions en MV	Indication M peu utile pour l'analyse de l'EV dans la communauté
M10 : Personnes **sans sx compatibles** avec la COVID-19 (autres que greffées) qui subiront une procédure immunosuppressive	4.2 %	330 (0,5%)	Risque d'introduction de COVID-19 dans des milieux chez une clientèle à risque	Pas d'impact sur vigie (SI-SPIN)	• Indication M peu utile pour la vigie. • (Fusion de code possible M10, M11, M12)	Indication M peu utile pour l'analyse de l'EV dans la communauté
M11 : Personnes **sans sx compatibles** avec la COVID-19 qui pourraient nécessiter une **intubation dans les 48 prochaines h**.	3.4 %	3076 (4,7%)	Possible réalisation d'IMGA chez des usagers COVID-19 ASX et risque de transmission chez TdeS si ne porte pas N95.	Pas d'impact sur vigie (SI-SPIN) à moins d'une admission en CH par la suite : voir M8	• Indication M peu utile pour la vigie, mais tout retrait d'indication influence la capacité de suivi du nb de cas et % de positivité global en raison du volume de cette indication. • (Fusion de code possible M10, M11, M12)	Indication M peu utile pour l'analyse de l'EV dans la communauté

Catégorie M	Taux de positivité (CDC34)	Volumétrie (CDC34)	Impacts de prévention et contrôle des infections en milieu de soins	Impacts sur la vigie (SI-SPIN)	Impact sur la vigie globale	Impacts sur l'évaluation de l'efficacité vaccinale
M12 : Personnes **sans sx compatibles** avec la COVID-19 qui pourraient nécessiter une **bronchoscopie** dans les **48 prochaines h** (milieux qui n'utilisent pas systématiquement N95)	4.1 %	169 (0,3%)	Possible réalisation d'IMGA chez des usagers COVID-19 ASX et de transmission chez TdeS si ne porte pas N95.	Pas d'impact sur vigie (SI-SPIN)	• Indication M peu utile pour la vigie. • (Fusion de code possible M10, M11, M12)	Indication M peu utile pour l'analyse de l'EV dans la communauté
M13: **TdeS** et stagiaires **sans sx** ayant été en **contact** avec un **cas de COVID-19**.	6.8 %	2380 (3,6%)	Risque important de transmission des TdeS COVID-19 ASX vers les autres usagers et TdeS.	Risque de ne pas avoir le bon portrait des éclosions (# de cas)	• **Impact significatif sur la vigie,** car les tests chez les travailleurs de la santé permettent de suivre la situation dans la cohorte des TdeS; • Influence la capacité de détecter/documenter les éclosions en MV	**Nécessaire** pour les études efficacité vaccinale chez les TdeS
M14-15-16-17-18-19-20 **M17 :** Les **travailleurs de la santé* (y compris les stagiaires) et les personnes proches aidantes sans symptômes compatibles avec la COVID-19** et travailleurs d'établissement d'hébergement collectif dans le **cadre des directives provinciales**		M14 : 103 (0,2%) M15 : 8 (0%) – indication déjà retirée M16 : 353 (0,5%) M17 : 2486 (3,8%) M18 : 320 (0,5%) M19 : 18 (0%) M20 : 23 (0%)	Aucun impact pour PCI, car ASX et aucun contact	M16 RI : voir M9	• M14, M16, M18, M19, M20 : Indications M peu utiles pour la vigie. • M17 : **Impact significatif sur la vigie,** car les tests chez les travailleurs de la santé permettent de suivre la situation dans la cohorte des TdeS; Aussi influence la capacité de détecter/documenter les éclosions en MV	Indications M peu utiles pour l'analyse de l'EV dans la communauté)
M21 : **Autres indications** discrétion des directeurs de santé publique, d'un	10.7 %	504 (0,8%)	Cette notion permet une évaluation de l'équipe PCI qui détermine s'il y a possiblement un risque au niveau de la transmission	Risque de ne pas avoir le bon portrait des éclosions (# de cas)	• Indication M peu utile en soi pour la vigie.	Indication M peu utile pour l'analyse de l'EV dans la communauté

BROUILLON

Catégorie M	Taux de positivité (CDC34)	Volumétrie (CDC34)	Impacts de prévention et contrôle des infections en milieu de soins	Impacts sur la vigie (SI-SPIN)	Impact sur la vigie globale	Impacts sur l'évaluation de l'efficacité vaccinale
microbiologiste-infectiologue ou d'un agent de PCI			ou de permettre une enquête épidémiologique plus ciblée.			
M23 : **TdeS*** se présentant pour **confirmer un résultat positif à un TDAR** ou à tout autre test autoadministré.	88.1 %	665 (1%)	Incapacité à détecter si faux positif TDAR et TdeS en retrait de travail alors qu'il est ne devrait pas	Risque de ne pas avoir le bon portrait des éclosions (# de cas)	• **Impact significatif sur la vigie,** car les tests chez les travailleurs de la santé permettent de suivre la situation dans la cohorte des TdeS; • Utile pour suivre la valeur prédictive positive des TDAR	Indication M peu utile pour l'analyse de l'EV dans la communauté

Par :

Équipe PCI et vigie SI-SPIN: Josiane Charest, Annick Boulais, Chantal Richard, Natasha Parisien

Équipe vigie : Christine Lacroix, Louise Valiquette, Marie-Claude Gariépy

Équipe immunisation : Manale Ouakki, Gaston De Serres

BROUILLON

De : Marie-Claude Gariépy <marie-claude.gariepy@inspq.qc.ca>
Envoyé : 12 mai 2023 09:02
À : Christine Lacroix <Christine.Lacroix@inspq.qc.ca>; Gentiane Perrault-Sullivan <Gentiane.Perrault-Sullivan@inspq.qc.ca>; Élise Fortin <elise.fortin@inspq.qc.ca>
Cc : Julie Carange <Julie.Carange@inspq.qc.ca>
Objet : TR: Echéance 15 mai | Validation DGSP-001

Je l'ai envoyé mercredi, mais j'avais oublié de vous mettre en cc!

Marie-Claude Gariépy (elle/she)
Chef d'unité scientifique - Vigie COVID-19
Direction des risques biologiques

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

De : Marie-Claude Gariépy
Envoyé : 10 mai 2023 17:15
À : Annick Des Cormiers <annick.descormiers@msss.gouv.qc.ca>
Objet : RE: Echéance 15 mai | Validation DGSP-001

Bonjour Annick,

Comme convenu, ci-joint le document qui a été produit à la suite de la première demande. La seule différence est que le M16 était toujours présent dans la première version, mais le fait de l'enlever plutôt que de le modifier ne change en rien les recommandations.

Merci et bonne fin de journée,

Marie-Claude

Marie-Claude Gariépy (elle/she)
Chef d'unité scientifique - Vigie COVID-19
Direction des risques biologiques

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

De : Annick Des Cormiers <annick.descormiers@msss.gouv.qc.ca>
Envoyé : 9 mai 2023 11:51
À : Christine Lacroix <Christine.Lacroix@inspq.qc.ca>; Marie-Claude Gariépy <marie-claude.gariepy@inspq.qc.ca>; eliel.brochu@msss.gouv.qc.ca; patrick.evans@msss.gouv.qc.ca
Objet : TR: Echéance 15 mai | Validation DGSP-001

ATTENTION: L'origine de cette communication est de source externe. Veuillez vous assurer que l'expéditeur et le contenu, incluant les pièces jointes, sont légitimes avant même de les ouvrir ou de les télécharger.

Santé et Services sociaux Québec

Bonjour,

Avez-vous des commentaires sur la nouvelle proposition des M ?

MErci de me revenir d'ici vendredi.

Annick Des Cormiers, M.Sc.
Épidémiologiste

Direction de la vigie sanitaire
Direction générale adjointe de la protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 12e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 581-814-9100 #62162
Cellulaire : 418-809-1980

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ
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 : Anne-Sophie Michel <anne-sophie.michel.contractuel@msss.gouv.qc.ca>
Envoyé : 9 mai 2023 10:23
À : Jesse Papenburg, Dr. <jesse.papenburg@mail.mcgill.ca>; Dominic Bélanger <dominic.belanger@msss.gouv.qc.ca>; Jeannot Dumaresq <jeannot.dumaresq.med@ssss.gouv.qc.ca>; Jesse Papenburg (CUSM) <Jesse.Papenburg.med@ssss.gouv.qc.ca>; Judith Fafard <judith.fafard@inspq.qc.ca>; Annie-Claude Labbé <annie-claude.labbe.med@ssss.gouv.qc.ca>; Catherine Dea (CCSMTL) <catherine.dea.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca>; Cedric Philippe Yansouni, Mr <cedric.yansouni@mcgill.ca>; Geoffroy Denis (MED) <geoffroy.denis.med@ssss.gouv.qc.ca>; Jean Longtin (CHU-MED) <jean.longtin.med@ssss.gouv.qc.ca>; Lynda Thibeault <lynda.thibeault.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca>; Réjean Dion <Rejean.Dion@inspq.qc.ca>; Hugues Charest (invite) <hugues.charest@inspq.qc.ca>; Jesse Papenburg, Dr. <jesse.papenburg@mcgill.ca>; Eveline Toth <Eveline.Toth@msss.gouv.qc.ca>; Annick Des Cormiers <annick.descormiers@msss.gouv.qc.ca>; Véronique Fortier <veronique.fortier@msss.gouv.qc.ca>; Yves Jalbert <Yves.Jalbert@msss.gouv.qc.ca>; hugo.fournier <hugo.fournier@msss.gouv.qc.ca>; MSSS - DPCI <dpci@msss.gouv.qc.ca>; Florence Thériault-Tanguay <florence.theriault-tanguay@msss.gouv.qc.ca>
Cc : Doris Gagné <doris.gagne@msss.gouv.qc.ca>; Guillaume Paradis (MSSS) <guillaume.paradis@msss.gouv.qc.ca>
Objet : Echéance 15 mai | Validation DGSP-001

Bonjour
Nous avons mis à jour la directive DGSP-001 en fonction des recommandations du comité d'experts reçus lors de la rencontre du 12 avril, ainsi que d'un document du CINQ.

Serait-ce possible d'avoir vos commentaires sur la DGSP-001 avant lundi 15 mai fin de journée svp ?

Merci beaucoup

Anne-Sophie Michel, MBA | Chargée de projet
Direction générale adjointe de la gestion des opérations, de l'amélioration de l'accessibilité et de la sécurité civile

Direction générale des affaires institutionnelles et des opérations
Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles
Cellulaire : 418-932-4481

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

L'impact des changements des indications de dépistage sur les indicateurs de la vigie de la COVID-19

EXPERTISE CONSEIL ET SOUTIEN AU MINISTÈRE - Soutien expert

MAI 2023

Principaux constats

Bien que justifiée, la perte de 50 % des tests de dépistage réduira la capacité de suivre les tendances de la transmission de la COVID-19 au sein de la population générale et modifiera l'analyse épidémiologique possible grâce aux données restantes.

Le retrait et les modifications à venir auront trois impacts principaux sur la vigie de la COVID-19 :

1. Changera l'interprétation du pourcentage de positivité global, celui-ci ne sera plus comparable aux précédents. Des analyses de tendances rétrospectives demeurent possibles
2. Changements majeurs dans l'identification des cas dans la cohorte les travailleurs de la santé ce qui limitera la comparabilité des données.
3. La variabilité importante dans l'application des indications de dépistage chez les patients asymptomatiques empêche l'utilisation de ce pourcentage de positivité pour estimer la circulation au sein de la population générale.

Ce qui demeure possible malgré ces modifications :

1. Le calcul du taux de reproduction effectif grâce au dépistage des patients en milieux de soins aigus (M1) et des travailleurs de la santé et des services sociaux en contact avec des patients/usagers ayant des symptômes compatibles avec les COVID-19 (M3).
2. Le pourcentage de positivité et les tendances chez les personnes symptomatiques particulièrement les patients en milieu de soins aigus (M1), les travailleurs de la santé et des services sociaux (M3) et les usagers des milieux d'hébergement (CHSLD, RPA) et des ressources intermédiaires et de type familial ou à assistance continue (RI, RTF, RAC) (M2).

Document interne

Québec

Mise en contexte

L'évolution de la pandémie de COVID-19 et la situation épidémiologique actuelle permet une réévaluation de certaines indications d'accès aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour le dépistage de la COVID-19.

Dans le cadre de cette réévaluation, la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a sollicité l'expertise du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) afin de faire des recommandations quant à la pertinence des indications de dépistage des personnes asymptomatiques en milieux de soins. Suite aux recommandations du CINQ, une révision des codes d'indication de dépistage (les codes M) a été proposée par la Direction générale de la santé publique du MSSS (Directive No dgsp-001-rev12).

Cette révision aura des impacts sur les indicateurs de vigie de la transmission de la COVID-19 puisque les codes M en demeurent un élément central. Bien qu'à elle seule la vigie ne peut justifier des activités de dépistage qui doivent d'abord découler d'une indication clinique ou avoir un impact sur l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections, le maintien des capacités de vigie du SRAS-CoV-2 demeure essentiel. En effet, la vigie permet de fournir de l'information sur l'épidémiologie de la COVID-19 en temps opportun et d'informer les autorités de santé publique pour qu'elles puissent d'intervenir si la santé de la population devait être menacée à nouveau.

Objectifs

1. Identifier les impacts des différents changements d'indication de dépistage sur les indicateurs actuels de vigie de la COVID-19

Résultats

Une analyse approfondie des modifications et retraits proposés pour certaines indications de dépistage a été faite afin d'en évaluer l'impact sur les indicateurs de vigie de la COVID-19 (voir Tableau 1). À la suite de celle-ci, il est possible de conclure que près de 50 % des tests effectués seront affectés par des modifications importantes. Ces modifications entraineront un bris dans le suivi des tendances. De plus, à cause de la variabilité dans l'interprétation par les différents milieux de soins des différentes indications de dépistage modifiées, il ne sera plus possible de les utiliser dans un contexte de vigie. En conclusion, la capacité de suivre les tendances de la transmission de la COVID-19 au sein de la population générale sera réduite et l'analyse épidémiologique possible grâce aux données restantes sera modifiée.

Document interne

Tableau 1

Catégories M affectées par la révision des indications de dépistage	Volumétrie* N (%)	Impacts sur la vigie globale	Indicateurs/mesures Affectées par ces changements
M4 Personne asymptomatique (greffés/donneur) — modifications	54 (0,2)	Aucun impact sur la vigie Indication de dépistage peu utilisée pour la vigie et très faible volumétrie.	NA
M5 Éclosions TdeS asymptomatiques (contact patients-usagers) — modifications	1 147 (3,5)	Impact modéré sur la vigie Les tests chez les travailleurs de la santé permettent de suivre la situation dans cette cohorte. Cependant, depuis la fin du dépistage systématique la contribution de cette cohorte à la vigie est réduite bien que son utilisation demeure possible pour certaines analyses spécifiques.	– Pourcentage de positivité chez les TdeS – Taux d'incidence chez les TdeS
M6 Contacts de personnes (éclosions milieux haut risque) — modifications	2 902 (9,0)	Impact faible sur la vigie. Cette indication est peu utilisée pour la vigie cependant, puisque la volumétrie est de près de 10 % du total des tests le retrait de cette indication aura un impact sur le pourcentage de positivité et le suivi des tendances.	– Pourcentage de positivité global
M8 Patients asymptomatiques (préadmissions soins aigus) — modifications	9 548 (29,5)	Impact important sur la vigie. Perte complète de la vigie de la COVID-19 chez les personnes asymptomatiques dans la population générale. Disparition d'un indicateur central de la circulation dans la population générale. La variabilité/imprévisibilité de l'interprétation par les milieux de l'indication de dépistage telle que formulée suite à la modification empêchera le suivi des tendances temporelles chez les patients asymptomatiques.	– Taux d'incidence – Taux de reproduction effectif – Pourcentage de positivité chez les patients asymptomatiques – Indicateur (proxi) de circulation au sein de la population générale – Pourcentage de positivité global
M10 Personnes asymptomatiques (pré Tx immunosuppresseur) — modifications	145 (0,4)	Aucun impact sur la vigie Indication de dépistage peu utilisée pour la vigie et très faible volumétrie	NA
M11 Personnes asymptomatiques (pré-intubation) — modifications	1 130 (3,5)	Impact faible sur la vigie. Cette indication est peu utilisée pour la vigie cependant, puisque la volumétrie est de près de 5 % du total des tests, le retrait de cette indication aura un impact sur le suivi des tendances.	– Pourcentage de positivité global
M16 Personnes asymptomatiques (intégration milieux vie collectif) — modifications	35 (0,1)	Aucun impact sur la vigie Indication de dépistage peu utilisée pour la vigie et très faible volumétrie.	NA
Total des M avec modifications	**14 976 (46,2)**	Variabilité de l'application des indications de dépistage (au besoin, à la demande, selon la situation épidémiologique) selon l'établissement et selon la situation épidémiologique. Celle-ci limite grandement l'utilisation de ces données pour effectuer la vigie de la COVID-19.	– Pourcentage de positivité chez les patients asymptomatiques (M8)
M9 Usagers asymptomatiques (préadmission milieu vie fermé) — retiré	380 (1,2)	Aucun impact sur la vigie Indication de dépistage peu utilisée pour la vigie et faible volumétrie.	NA
M12 Personnes asymptomatiques (pré-bronchoscopie) — retiré	134 (0,4)	Aucun impact sur la vigie Indication de dépistage peu utilisée pour la vigie et très faible volumétrie.	NA

Catégories M affectées par la révision des indications de dépistage	Volumétrie* N (%)	Impacts sur la vigie globale	Indicateurs/mesures Affectées par ces changements
M13 —TdeS et stagiaire asymptomatiques (contact avec un cas) — retiré	702 (2,2)	Impact faible sur la vigie Depuis la semaine CDC-45 (fin du dépistage systématique des TdeS non vaccinés) très peu de tests sont effectués avec cette indication de dépistage	– Pourcentage de positivité chez les TdeS – Taux d'incidence chez les TdeS
M17 – TdeS, stagiaires, proches aidants asymptomatiques — retiré	189 (0,6)	Impact faible sur la vigie Depuis la semaine CDC-45 (fin du dépistage systématique des TdeS non vaccinés) très peu de tests sont effectués avec cette indication de dépistage	– Pourcentage de positivité chez les TdeS – Taux d'incidence chez les TdeS
Total des M retirés	**1 405 (4,3)**		
Total des M affectés	**16 381 (50,5)**	La perte de 50 % des tests de dépistage aura un effet sur la comparabilité des données et le suivi des tendances. En effet, malgré le maintien d'indications de dépistages avec certaines modifications chez les personnes asymptomatiques, la variabilité de ces indications de dépistage chez les en limitera grandement l'utilisation. La vigie des cas symptomatiques demeure possible grâce au M1. Le calcul du taux de reproduction effectif demeure aussi possible puisque le M1 et M3 ne sont pas touchés par les changements proposés.	– Pourcentage de positivité global
Total des M inchangés	**16 040 (49,5)**	Les indications de dépistage non affectées par des modifications ou des retraits sont les indications suivantes : M1, M2, M3, M7, M14, M18, M19, M20, M21 et M23.	
Total des M	**32 421 (100)**		

*Les données sont pour la semaine CDC-16, extraction du 25-04-2023.

Document

L'impact des changements des indications de dépistage sur les indicateurs de la vigie de la COVID-19

AUTEURES

Gentiane Perrault-Sullivan

Élise Fortin

Christine Lacroix

Direction des risques biologiques

Geneviève Deceuninck

Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval

SOUS LA COORDINATION DE

Marie-Claude Gariépy, Chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques

MISE EN PAGE

Sylvie Lafond, agente administrative

Direction des risques biologiques

Document interne

Institut national de santé publique Québec

De : Gentiane Perrault-Sullivan <Gentiane.Perrault-Sullivan@inspq.qc.ca>
Envoyé : 13 août 2024 15:41
À : patrick.evans@msss.gouv.qc.ca
Cc : Annick Des Cormiers <annick.descormiers@msss.gouv.qc.ca>; Lisvia De Wekker <lisvia.de-wekker@msss.gouv.qc.ca>; Christelle Bluteau (CISSSO) <christelle.bluteau@ssss.gouv.qc.ca>; Christine Lacroix <Christine.Lacroix@inspq.qc.ca>; anne-sophie.michel.contractuel@msss.gouv.qc.ca
Objet : Mise à jour du tableau des M

Bonjour à tous,
En prévision de notre rencontre de demain.

À bientôt,

Recommandations de l'INSPQ concernant l'utilisation des groupes priorisés dans les requêtes de laboratoire

Les groupes priorisés demeurent cruciaux pour l'analyse épidémiologique, la mesure de la transmission de la COVID-19 et l'évaluation de l'efficacité vaccinale . Nous recommandons de maintenir au minimum les groupes M01 et M03 pour la saison 2024-2025. Les variations dans les pourcentages de positivité et les proportions de tests entre ces groupes mettent en évidence l'importance de conserver ces distinctions afin de poursuivre une surveillance efficace de la COVID-19. Pour des détails complets sur les arguments, veuillez consulter le matériel complémentaire.

Matériel complémentaire

Les études sur l'efficacité vaccinale contre les hospitalisations liées à la COVID-19 utilisent un devis cas-témoins test-négatif. Dans ce type de devis, il est essentiel que les cas (tests positifs) et les témoins (tests négatifs) aient la même raison de consultation. Les codes M, issus des données administratives, sont actuellement la seule méthode pour connaître cette raison.
En plus des études sur l'évaluation de l'efficacité vaccinale, le groupe M01 est utilisé pour déterminer le niveau de transmission de la COVID-19 et ses variations hebdomadaires. Ce groupe priorisé a été choisi pour fixer les seuils associés aux différents niveaux de transmission, en raison de sa stabilité temporelle et de l'absence de surestimation du pourcentage de positivité induit par le dépistage des travailleurs de la santé (M03) et des confirmations de tests (M23). Malgré certaines erreurs de saisie, les pourcentages de positivité et les proportions de tests continuent de varier selon les groupes priorisés (voir tableau 1).
Le groupe M03, qui concerne les travailleurs de la santé, permet de suivre l'évolution du pourcentage de positivité au sein de ce groupe. Cela offre une surveillance de la transmission dans la population active, bien que cette méthode présente certaines limites.

Pour la saison 2023-2024, 84 089 tests ont été effectués avec l'indication de dépistage M03, un chiffre en hausse par rapport aux saisons précédentes (voir tableau 2). Chaque

semaine, ce groupe représente entre 5 % et 15 % de l'ensemble des tests (voir tableau 3). Par exemple, pour la semaine CDC-2023-35, ce groupe représentait 11 % des tests (1 754 sur 15 890), tandis qu'en CDC-2023-50, il en représentait 16 % (3 815 sur 24 471). En CDC-2024-21, ce pourcentage était de 5 % (474 sur 10 099), et en CDC-2024-31, il était de 9 % (1 100 sur 12 136). Le pourcentage de positivité du groupe M03 est systématiquement plus élevé que le pourcentage de positivité total, et environ trois à quatre fois supérieur à celui du groupe M01 (voir tableau 1). Par exemple, pour la semaine CDC-2023-35, le pourcentage de positivité était de 34 % pour M03, contre 11 % pour M01. En CDC-2023-50, il était de 43 % pour M03 et de 16 % pour M01, tandis qu'en CDC-2024-21, il atteignait 18 % pour M03 contre 4 % pour M01. Enfin, en CDC-2024-31, le pourcentage de positivité pour M03 était de 41 %, comparé à 14 % pour M01.

Quant au groupe M02, qui concerne le dépistage lors d'éclosions, 53 358 tests ont été réalisés avec cette indication pour la saison 2023-2024, représentant une proportion plus élevée que lors des deux saisons précédentes (voir tableau 4). Chaque semaine, ce groupe priorisé représente moins de 10 % de l'ensemble des tests. Par exemple, en CDC-2023-35, il représentait 1 % des tests (1 125 sur 15 890), tandis qu'en CDC-2023-50, ce chiffre montait à 6 % (1 574 sur 24 471). En CDC-2024-21 et en CDC-2024-31, il atteignait 7 % (respectivement 673 sur 10 099 et 846 sur 12 136). Le pourcentage de positivité du groupe M02 est légèrement supérieur à celui du groupe M01 et comparable à celui du groupe total (voir tableau 1). Pour la semaine CDC-2023-35, le pourcentage de positivité était de 18 % pour M02, contre 11 % pour M01 et 15 % pour le total. En CDC-2023-50, il était de 23 % pour M02, comparé à 16 % pour M01 et 26 % pour le total. Pour la semaine CDC-2024-21, ce pourcentage était de 8 % pour M02, contre 4 % pour M01 et 6 % pour le total. Enfin, en CDC-2024-31, le pourcentage de positivité pour M02 était de 26 %, comparé à 14 % pour M01 et 19 % pour le total.

En conclusion, les personnes dépistées dans le cadre du groupe M03, qui concerne les travailleurs de la santé, diffèrent de celles du groupe M01, tandis que les résultats du groupe M02 sont plus proches de ceux du groupe M01.

Tableau 1

Pourcentage de positivité pour la COVID-19 selon le groupe priorisé, semaine CDC 2023-35 à 2024-31, 0 mois et plus, ensemble du Québec

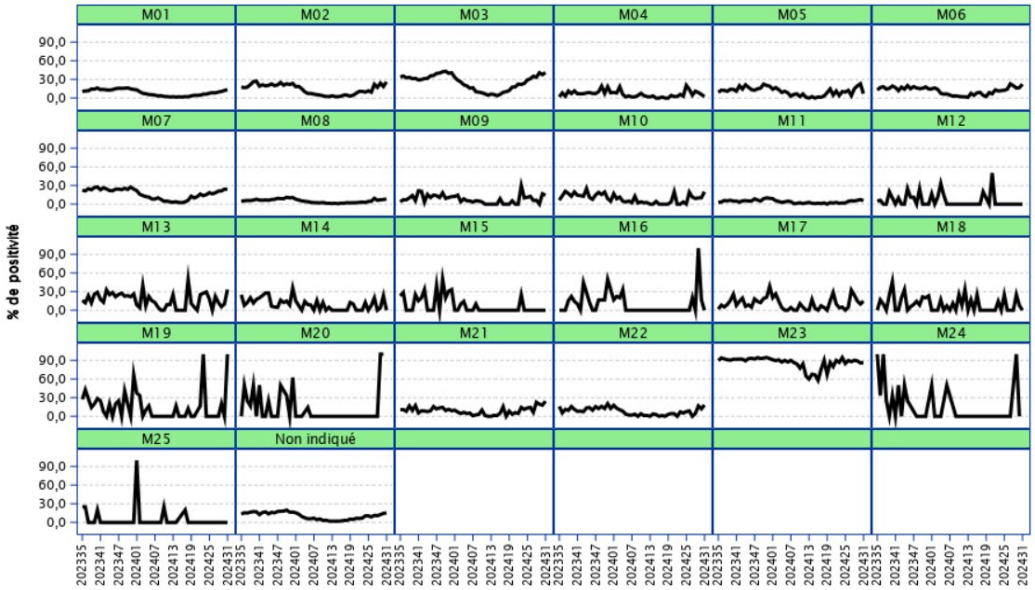


Tableau 2

Nombre de tests cumulatifs pour la COVID-19 selon le groupe priorisé, semaine CDC 35 à 34, 0 mois et plus, ensemble du Québec

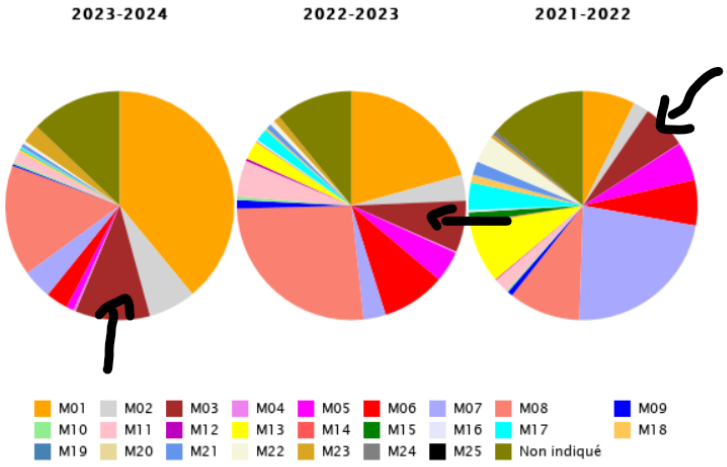


Tableau 3

Nombre de tests pour la COVID-19 selon le groupe priorisé, semaine CDC 2023-35 à 2024-31, 0 mois et plus, ensemble du Québec

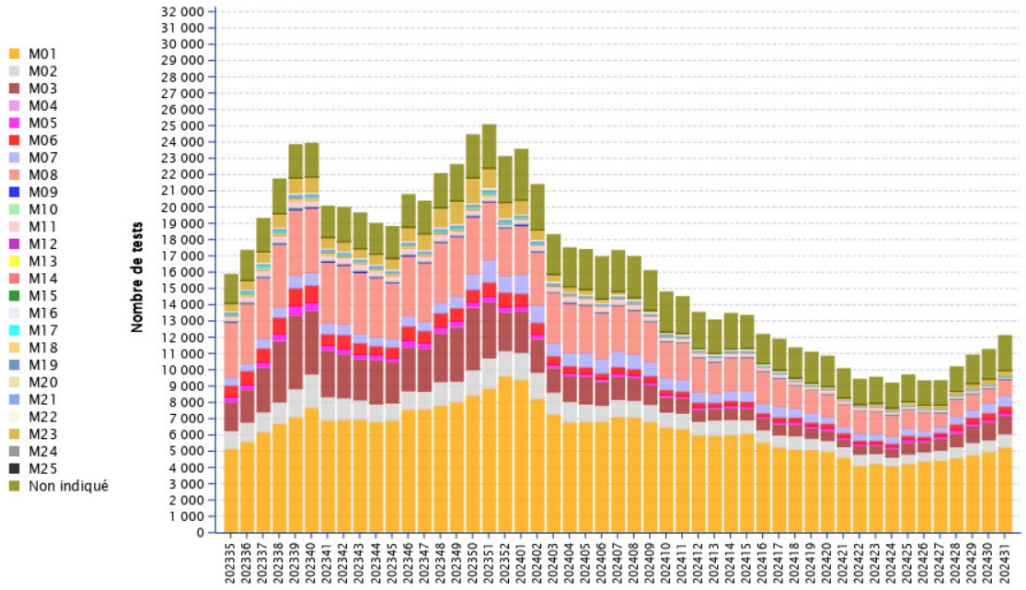
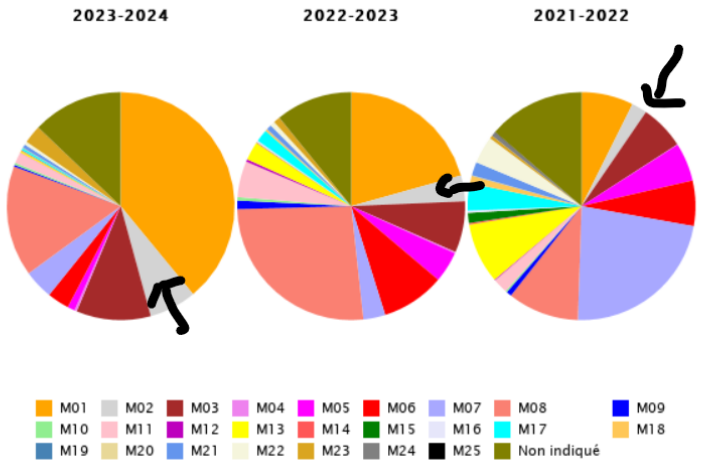


Tableau 4

Nombre de tests cumulatifs pour la COVID-19 selon le groupe priorisé, semaine CDC 35 à 34, 0 mois et plus, ensemble du Québec



--

Gentiane Perrault Sullivan, épidémiologiste Ph.D.
Conseillère scientifique spécialisée
Direction Risques Biologiques (DRB)
Unité Vigie des maladies infectieuses
Institut national de santé publique du Québec

905, av Wolfe, Québec (Québec), G1V 5B3
Gentiane.Perrault-Sullivan@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 l'expéditeur et effacer ce courriel.

De : Gentiane Perrault-Sullivan <Gentiane.Perrault-Sullivan@inspq.qc.ca>
Envoyé : 16 septembre 2024 10:36
À : Annick Des Cormiers <annick.descormiers@msss.gouv.qc.ca>; Christine Lacroix <Christine.Lacroix@inspq.qc.ca>
Cc : Lisvia De Wekker <lisvia.de-wekker@msss.gouv.qc.ca>; patrick.evans@msss.gouv.qc.ca; Marie-Claude Gariépy <marie-claude.gariepy@inspq.qc.ca>
Objet : RE: Proposition | Mise à jour tableau des M

Bonjour Anick,
Voici nos arguments en faveur du maintien minimal des groupes M01 et M03 pour la saison 2024-2025 compte tenu de l'évolution encore changeante de l'utilisation des tests et de l'épidémiologie de la COVID-19 :

1. **Essentiel pour la surveillance de la COVID-19, en particulier le niveau d'activité COVID-19**
   Le groupe M01 est crucial pour évaluer les niveaux de transmission de la COVID-19. Il offre une stabilité temporelle tout en évitant les biais liés au dépistage des travailleurs de la santé (M03). De plus, les pourcentages de positivité observés dans le groupe M03, plus élevés que ceux de M01, sont utiles pour surveiller l'évolution chez les travailleurs de la santé.
2. **Central pour l'évaluation de l'efficacité vaccinale**
   Les études sur l'efficacité vaccinale contre les hospitalisations utilisent un devis cas-témoins test-négatif, où les codes M identifient la raison de consultation. Sans le groupe M01, il serait beaucoup plus difficile de garantir une évaluation précise de l'efficacité des vaccins.
3. **Utile pour cibler les tests chez les personnes symptomatiques, qui sont transférées en accord avec la surveillance fédérale**

En conclusion, M01 et M03 permettent un suivi différencié de la transmission selon des contextes spécifiques. Leur maintien **garantit une continuité** dans la surveillance de la COVID-19, **préserve la comparabilité** avec les données passées et permet une évaluation précise de l'efficacité vaccinale.

J'espère que ça t'aidera. Fais-nous signe si on peut faire autre chose.

Beau lundi !

--
Gentiane Perrault Sullivan, épidémiologiste Ph.D.
Conseillère scientifique spécialisée
Direction Risques Biologiques (DRB)
Unité Vigie des maladies infectieuses
Institut national de santé publique du Québec
905, av Wolfe, Québec (Québec), G1V 5B3
Gentiane.Perrault-Sullivan@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 l'expéditeur et effacer ce courriel.

De : Christine Lacroix <Christine.Lacroix@inspq.qc.ca>
Envoyé : 12 novembre 2024 15:12
À : Annick Des Cormiers <annick.descormiers@msss.gouv.qc.ca>
Cc : Marie-Claude Gariépy <marie-claude.gariepy@inspq.qc.ca>; Patricia Hudson <patricia.hudson@inspq.qc.ca>
Objet : TR : Discussion sur les M

Bonjour Annick,

Pour ton information, voici le PPT qu'on a préparé pour la rencontre de tout à l'heure, désolée d'être dernière minute.
Tel que discuté, je pourrai présenter et ensuite vous laisser compléter et prendre le relai pour ce qui est des orientations à donner dans ce dossier. Mais je vais m'adapter selon ce qui sera le mieux durant la rencontre.

En espérant le tout utile, n'hésitez pas à me compléter au besoin durant la rencontre.
À tout de suite,
Christine

-

Christine Lacroix, M.D., M.Sc., FRCPC

Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Direction des risques biologiques

Institut national de santé publique du Québec

190, boul. Crémazie Est, Montréal (Québec) H2P 1E2

christine.lacroix@inspq.qc.ca

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

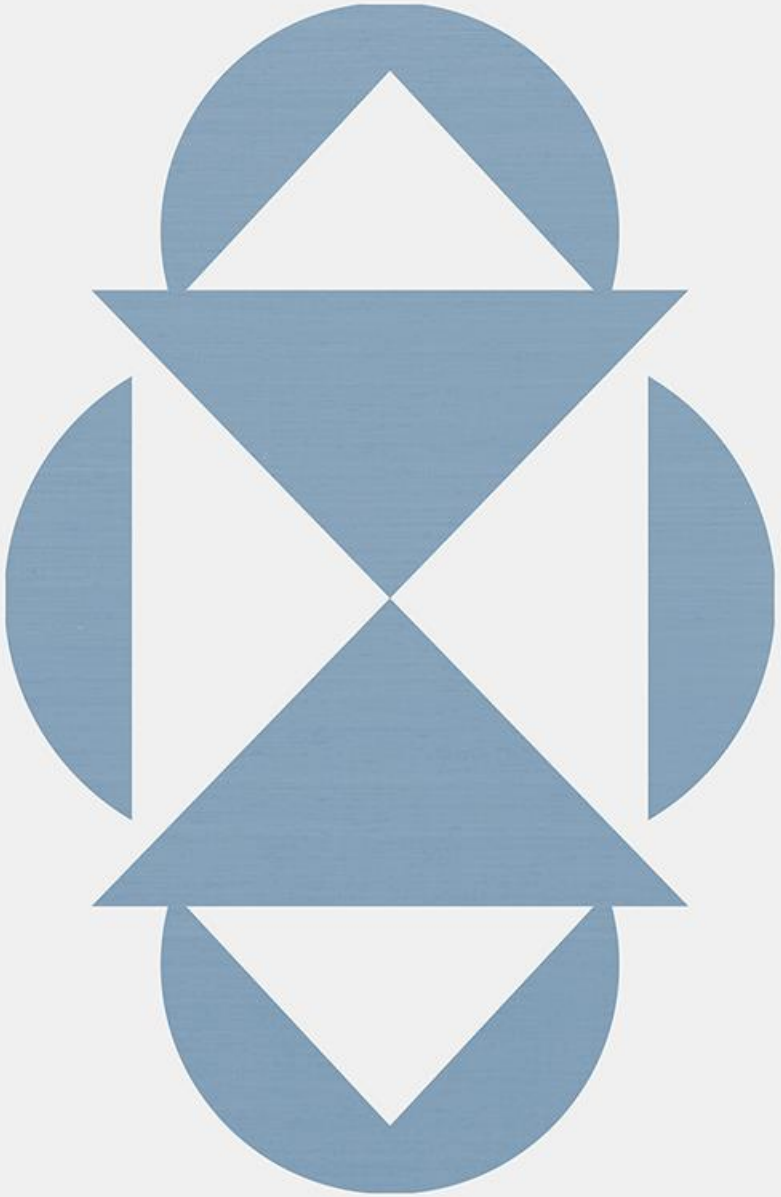
Ce message peut renfermer des renseignements protégés ou des informations confidentielles. Si vous l'avez reçu par erreur, ou s'il ne vous est pas destiné, veuillez en prévenir immédiatement l'expéditeur et effacer ce courriel.

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

L’utilité des M pour la vigie

Unité Vigie, DRB

2024-11-12



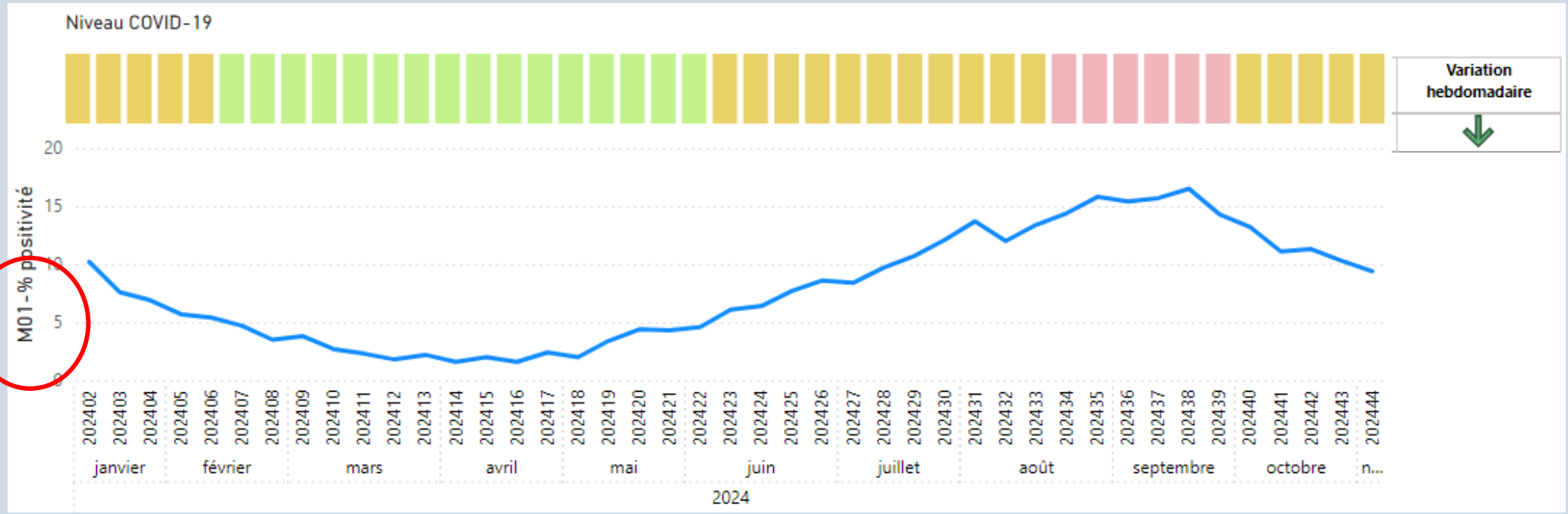
Institut national de santé publique Québec

Impact de la perte des M, en particulier les M01, sur la vigie:

- Suspendre la production du niveau d'activité de la COVID-19 pour une période indéterminée;
- Diminue notre capacité à se comparer avec les années antérieures;
- Enjeu pour le calcul de l'EV - design « test négatif »: besoin d'un population testée identique pour les positifs et les négatifs.

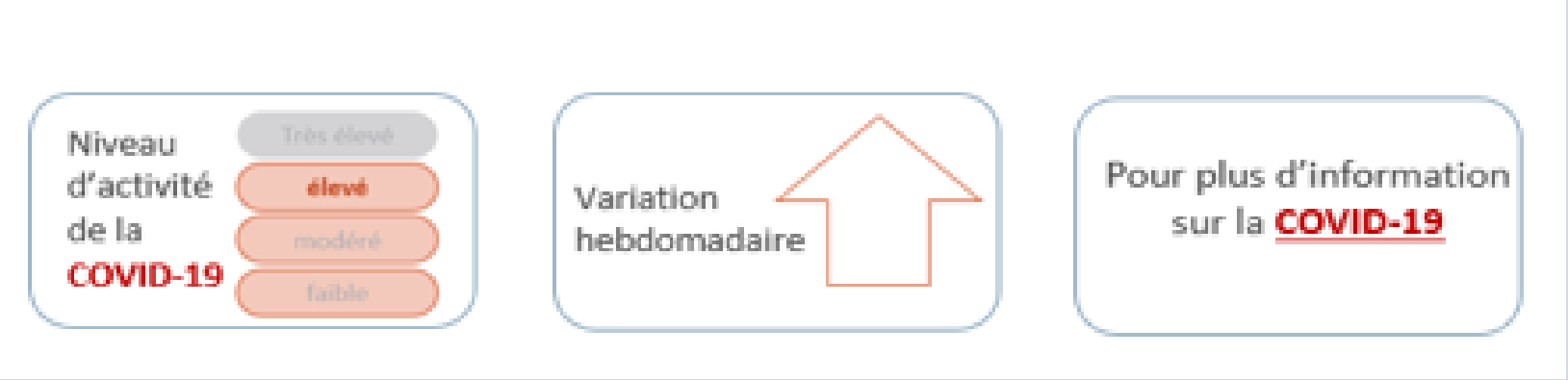
Niveau d'activité COVID-19: calculé avec les M01

Niveau COVID-19
Faible
Modéré
Élevé
Très élevé



Institut national de santé publique Québec

Diffusion du Niveau d'activité de la COVID-19 au grand public (diffusion web) était prévue pour ce mercredi!!

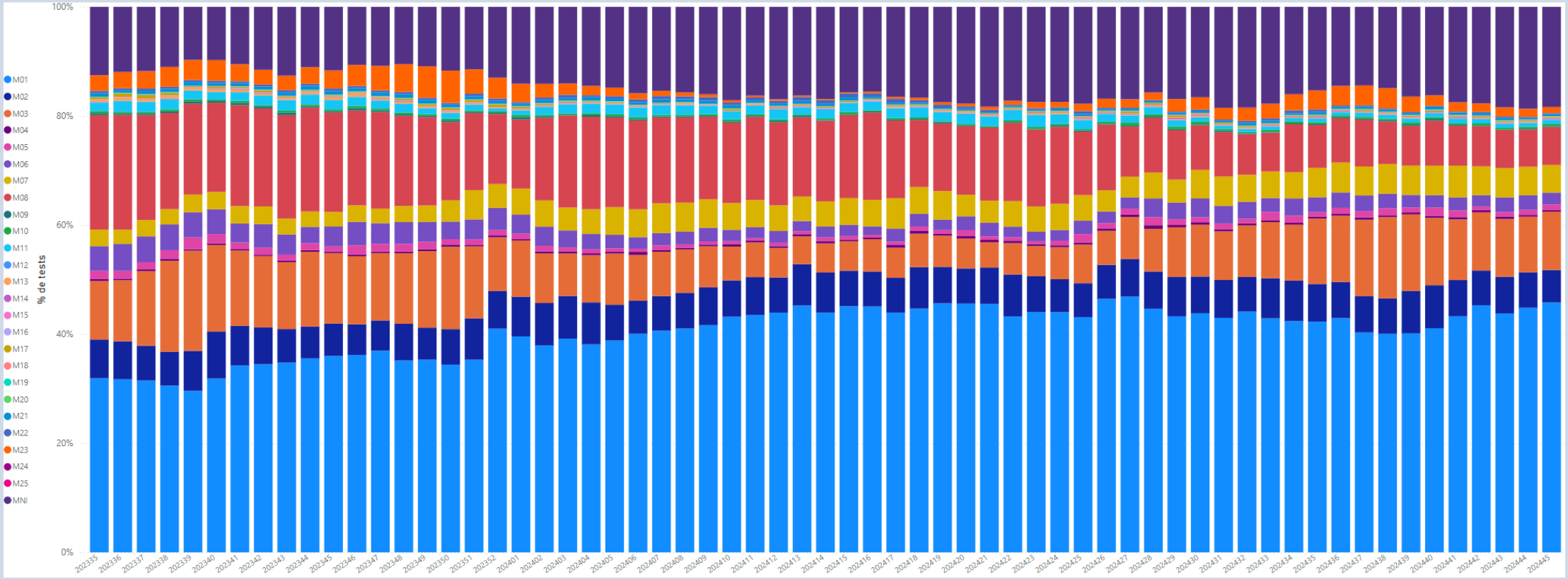


- Outil simple pour la population
- En validation depuis plusieurs mois
- Sans les M01, on ne peut pas aller de l'avant avec la diffusion.

Enjeu des modifications de l'utilisation des tests que l'on ne pourra mesurer

- L'arrêt des M et le retrait des M08 va provoquer un changement dans les indications de tests, qui ne pourront être monitorés.
- On peut prévoir une période de transition pendant laquelle le % total de positivité risque d'être difficile à interpréter.
- Les seuils fixés grâce aux données rétrospectives ne seront plus applicables. Le niveau d'activité ne sera plus utilisable

Graphique de la répartition des M dans les tests totaux



Institut national de santé publique Québec

Pour COVID-19, la situation est encore différente

- Pour les autres VR, on teste principalement des personnes symptomatiques.
- Pour la COVID, on teste:
  - des symptomatiques
  - des asymptomatiques (de moins en moins)
  - et des confirmations de tests rapides.

Proposition

- Maintenir la saisie des M01 vs "M autres" pour la saison actuelle (fin aout 2025)
- Travaux pour redéfinir les niveaux d'activité COVID-19 en ne tenant plus compte des M (pour la saison 2025-2026)