

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les unités d'hémodialyse

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

6 avril 2022 – version 7.0. Modifications apportées en jaune

La mise à jour de ce document est basée sur la littérature disponible concernant le variant Omicron et peut changer selon l'évolution des connaissances. Les recommandations sont fondées sur l'information disponible au moment où elles ont été élaborées.

- ▶ Selon les données du programme de surveillance des variants au Québec (basé sur les données de criblage du LSPQ et de laboratoires sentinelles), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que la prévalence du variant Omicron (B.1.1.529) au Québec était de 100 % en date du 16 janvier 2022 (INSPQ, 2022a).
- ▶ Présentement, les données disponibles et limitées sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron ne permettent plus de considérer une personne ayant reçu deux doses de vaccin à ARNm comme étant adéquatement protégée contre l'infection par ce variant.
- ▶ Dans le contexte des connaissances actuelles, le CINQ recommande actuellement de considérer les personnes ayant reçu deux ou trois doses de vaccins ou ayant déjà fait la maladie depuis plus de 3 mois comme partiellement protégées face au variant Omicron et celles ayant fait la maladie depuis moins de 3 mois sont considérées protégées.
- ▶ Le travailleur de la santé (TdeS) **doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)**, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains (HDM). **L'utilisateur doit porter le masque médical** lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne même lorsqu'admis, hébergés ou inscrits.

Préambule

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) reçoit les recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) et en tient compte pour émettre les directives ministérielles. Les directives ministérielles ont toutefois préséance. Référez à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>.

Ce document présente les recommandations de prévention et contrôle des infections (PCI) à appliquer pour l'évaluation et la prise en charge des usagers dialysés spécifiquement dans les unités ambulatoires d'hémodialyse et ce, peu importe leur provenance. Le contexte spécifique de l'hémodialyse ne permet pas de modifier le plan de traitement comme pour d'autres activités hospitalières (report de visite, télémédecine, etc.). Pour certaines installations, la modification des horaires de traitement peut s'avérer impossible.

Ces recommandations sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et ce, tout en assurant la sécurité de la population.

La prévention de l'introduction du virus SRAS-CoV-2, l'identification rapide d'un usager ou d'un TdeS pouvant être infecté et l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections appropriées sont essentielles pour diminuer la transmission possible du microorganisme dans l'installation.

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux directives ministérielles ainsi qu'aux autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003197/>

Définitions

Pour consulter les définitions utilisées en prévention et contrôle des infections (PCI) pour la gestion de la COVID-19 dans les différents milieux de soins au Québec, référez au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)

Unités visées

Toutes unités ambulatoires d'hémodialyse (cliniques ambulatoires en milieu de soins de courte durée ou autres, cliniques mobiles ou autres unités de dialyse non traditionnelles). Une évaluation des risques et des bénéfices devra être réalisée par le service d'hémodialyse et le service de PCI pour déterminer les mesures à instaurer.

Pour les usagers suspectés ou qui sont des **cas de COVID-19**, hospitalisés dans un milieu de soins de courte durée et nécessitant une hémodialyse intermittente, celle-ci devrait être effectuée dans la chambre de l'utilisateur.

Recommandations

Généralités

- ▶ Identifier les usagers présentant des signes et des symptômes compatibles avec la COVID-19 avant chaque session d'hémodialyse, et ce, avant d'entrer dans la zone de traitement. La reconnaissance de ceux-ci et l'application rapide des précautions additionnelles requises sont prioritaires. Référez à [Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19](#).
- ▶ Modifier les horaires de traitement lorsque possible afin de regrouper les cas suspectés ou **cas de COVID-19** les mêmes journées, sur les mêmes quarts de travail ou les placer à la fin de la journée.
- ▶ Aviser les usagers d'appeler à l'avance pour signaler la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ou la présence de critères d'exposition afin que l'installation puisse être préparée à leur arrivée. Si non fait, l'utilisateur doit aviser le personnel de la présence de ces symptômes ou de critères d'exposition dès son arrivée dans l'installation. L'installation peut aussi faire un appel téléphonique, la veille de chaque visite, afin d'évaluer la situation de l'utilisateur.
- ▶ Si l'utilisateur provient d'une autre installation (CHSLD, RPA, RI, etc.), une communication étroite avec le service d'hémodialyse est nécessaire. Le service d'hémodialyse doit être avisé si l'utilisateur est un cas suspecté ou **un cas de COVID-19** ou s'il présente des critères d'exposition dans les 10 derniers jours. **Pour les critères d'exposition, consulter le document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).**
- ▶ Pour les expositions en communauté, **se référer aux directives ministérielles.**
- ▶ Dès l'arrivée dans l'installation, rendre visibles des affiches indiquant clairement quand et comment pratiquer l'hygiène des mains ainsi que les informations sur l'hygiène et l'étiquette respiratoires.
- ▶ Dès leur arrivée, les usagers doivent se diriger, vers l'unité d'hémodialyse. Idéalement avoir un accès dédié. Pour réduire au minimum le temps passé dans les salles d'attente, les usagers médicalement stables peuvent choisir d'attendre dans leur véhicule personnel ou à l'extérieur de l'installation et ils seront contactés au moment de leur traitement.
- ▶ Tenter de maintenir le plus possible la fonctionnalité du service d'hémodialyse. Évaluer localement, en collaboration avec l'équipe de PCI, la pertinence de mettre en place des cohortes selon l'épidémiologie locale et les caractéristiques spécifiques aux usagers traités.
 - ▶ **Cohorte de cas de COVID-19** : regroupe des usagers confirmés par laboratoire et par test de détection antigénique rapide (TDAR) avec histoire fiable.
 - ▶ **Cohorte de cas suspectés de COVID-19**: regroupe des usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat **de test** pour le SRAS-CoV-2.
 - ▶ **Cohorte d'utilisateurs asymptomatiques ayant des critères d'exposition.**

► **Cohorte d'usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition.**

- Dans les salles d'attente et de traitement, mettre en place une distanciation physique de 2 mètres entre les usagers. Si impossible, s'assurer de la présence d'une barrière physique.
- Tous les usagers hémodialysés doivent porter un masque médical ASTM niveau 1 dès leur arrivée dans l'installation et le garder jusqu'à leur départ. Des exclusions demeurent possibles (ex. : usager ne tolérant pas le port du masque, interférence avec les soins). Le masque doit être changé s'il est mouillé, souillé ou endommagé. Référez à [SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins](#).
 - Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'usager infecté) diminue l'expulsion de particules respiratoires. Ajoutée au port du masque chez les TdeS, cette mesure est plus efficace que lorsque le masque n'est porté que par le TdeS (diminue le risque d'acquisition). Des données démontrent une diminution significative de la transmission nosocomiale avec le port universel du masque chez les usagers et les TdeS (Mermel *et al.*, 2020; Nguyen *et al.*, 2020; Seidelman *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020; Thompson *et al.*, 2021).
- Les équipes médicales et professionnelles qui visitent les usagers pendant leur traitement doivent le faire, dans la mesure du possible, dans l'ordre suivant : usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition, suivi des usagers asymptomatiques avec critères d'exposition ou des usagers suspectés de COVID-19 puis des usagers confirmés de COVID-19. Tenter d'avoir une équipe d'infirmières dédiées aux cas suspectés et confirmés de COVID-19 à l'unité d'hémodialyse.
- À la fin du traitement, les usagers ne doivent pas attendre dans les aires communes à l'entrée de l'installation. Ils doivent quitter l'unité d'hémodialyse uniquement lorsque leur transport est prêt à les accueillir.
- Prévoir un transporteur distinct pour les usagers qui sont des **cas de COVID-19** ainsi que pour ceux suspectés de COVID-19.

Salles de traitement

- Idéalement, dédier du personnel pour chaque cohorte.
- Les fournitures suivantes : poubelle et solution hydroalcoolique doivent être placées près de chaque fauteuil et appareil d'hémodialyse pour assurer le respect de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoires.

Cohorte de **cas de COVID-19**

L'usager qui **est un cas de COVID-19** doit prioritairement être placé dans une pièce individuelle ou un cubicule par rapport aux autres usagers en précautions additionnelles pour autre raison.

Si non disponible :

- Maintenir une distanciation physique de deux mètres entre les usagers qui sont des **cas de COVID-19** et les autres usagers. Si impossible dû à la configuration des lieux, installer une barrière physique.
- Privilégier un poste d'hémodialyse de fin de rangée, à l'écart de la circulation principale.

Cohorte de cas suspectés de COVID-19 ou Cohorte d'usagers asymptomatiques avec critères d'exposition

Si possible, placer l'usager dans une pièce individuelle ou un cubicule.

Si non disponible :

- ▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres entre les usagers suspectés de COVID-19 ou les usagers asymptomatiques avec critères d'expositions et les autres usagers. Si impossible dû à la configuration des lieux, installer une barrière physique.
- ▶ Privilégier un poste d'hémodialyse de fin de rangée, à l'écart de la circulation principale.

Cohorte d'usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition

- ▶ Appliquer la méthode de soins usuelle.

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES ET MESURES PCI

Cohorte de cas de COVID-19 et cohorte de cas suspectés de COVID-19

- ▶ Appliquer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire sauf si le diagnostic requiert des précautions additionnelles supplémentaires (ex. : tuberculose).
- ▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps.
- ▶ Apporter seulement le matériel et l'équipement requis dans la salle de traitement de l'usager.

Cohorte d'usagers asymptomatiques avec critères d'exposition

- ▶ Appliquer des précautions additionnelles gouttelettes-contact sauf si le diagnostic requiert des précautions additionnelles supplémentaires (ex. : tuberculose).
- ▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps.
- ▶ Apporter seulement le matériel et l'équipement requis dans la salle de traitement de l'usager.

ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE REQUIS

Cohorte de cas de COVID-19 et cohorte de cas suspectés de COVID-19

Gouttelettes-contact avec protection oculaire

- ▶ Blouse de protection à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques.
- ▶ Masque médical à usage unique. Le changer s'il est mouillé, souillé ou endommagé.
- ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour s'assurer que le masque médical n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas le port adéquat du masque médical. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne peuvent pas être considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

Cohorte d'usagers asymptomatiques avec critères d'exposition

Gouttelettes-contact

- ▶ Blouse de protection à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques.
- ▶ Masque médical à usage unique. Le changer s'il est mouillé, souillé ou endommagé.
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

Hygiène et salubrité

- ▶ Référer aux protocoles de l'installation ou du MSSS disponibles au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002709/>
- ▶ Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada.

Équipement de soins

Désinfecter entre chaque usager et avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada.

Accompagnateur ou personne proche aidante

- ▶ Référer aux [directives ministérielles](#).
- ▶ L'installation doit assurer une vigie chez les visiteurs et les personnes proches aidantes afin de vérifier s'ils présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou des critères d'exposition.
 - ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée.
- ▶ Informer l'accompagnateur ou la personne proche aidante sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées.
- ▶ L'accompagnateur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation, pendant toute la durée de la visite. En cas de non-respect des mesures de PCI, la procédure locale sera appliquée pour s'assurer du respect de ces mesures.
- ▶ La personne proche aidante doit demeurer avec l'usager en tout temps. Elle ne doit pas circuler dans l'installation. Lorsque les soins nécessitent qu'elle quitte le chevet, elle devra être dirigée vers la salle d'attente.

Durée des mesures pour les cas de COVID-19

Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) s'avère un excellent test pour diagnostiquer la maladie chez un usager symptomatique, mais il n'est pas un indicateur fiable pour déterminer la contagiosité des cas.

En effet, un des meilleurs indicateurs de la période de contagiosité est le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes. Le pic de contagiosité survient environ 2 jours avant et au moment de l'apparition des symptômes. La contagiosité diminue rapidement par la suite sur une période de 7 à 8 jours chez la majorité des usagers avec une maladie légère ou modérée. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours chez les usagers en bonne santé avec maladie légère ou modérée (Wölfel *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020). Dans ce contexte et pour ce type d'usager, le TAAN n'est pas retenu comme un indicateur pour déterminer la contagiosité des cas afin de cesser les précautions additionnelles.

Il est important de noter qu'il existe peu de données claires et précises présentant des résultats d'analyse avec cultures virales chez les personnes âgées (Santé publique Ontario, 2021). L'amélioration du tableau clinique ainsi que le délai écoulé depuis l'apparition des symptômes demeurent donc, pour le moment, les meilleurs indicateurs pour cesser les précautions additionnelles chez cette clientèle. Il est à noter qu'il est difficile de définir l'âge précis pour lequel une personne est considérée âgée, car il y a une absence ou une hétérogénéité au niveau des définitions de cette clientèle dans les différentes études.

Contrairement aux autres catégories d'usagers, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires de laboratoire pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Santé publique Ontario, 2021; Aguinaga *et al.*, 2020; Benotmane *et al.*, (2020); DiCiaccio *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2020). Devant l'incapacité d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène, il est donc recommandé de retourner à une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle pour les usagers immunosupprimés sévères. **Toutefois, il est impossible d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène.**

L'utilisation des tests de détection antigénique rapide (TDAR) est de plus en plus répandue dans les différents milieux et plusieurs instances les utilisent pour mettre fin aux isolements de la clientèle immunosupprimée (CDC, ECDC, Australie et Royaume-Uni). De plus, plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron, ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre les différents tests soit le TAAN-labo, les TDAR et la culture virale afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Des comparaisons avec la culture virale montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle et des études récentes ont démontré que la positivité des TDAR semble mieux corrélérer avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN-labo (Currie *et al.*, 2022; Kohmer *et al.*, 2021; McKay *et al.*, 2021). C'est pourquoi une stratégie par TDAR est dorénavant privilégiée pour la clientèle immunosupprimée.

Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté de COVID-19, attendre la confirmation d'un résultat négatif du test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises puisqu'il peut s'agir d'une co-infection.

L'ensemble des facteurs suivants doit être pris en considération avant de cesser les précautions additionnelles.

1. Usagers avec maladie légère ou modérée

- ▶ Isolement pour 10 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)¹ ET
- ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET
- ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)

Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.

¹ Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement de 10 jours se calcule :

- ▶ à partir de la **date du début des symptômes** si les symptômes apparaissent < **4 jours** après la date du prélèvement.
- ▶ à partir de la **date du prélèvement** si les symptômes apparaissent > **4 jours** après la date du prélèvement.

2. Usagers avec immunosuppression

(Référer à la définition de l'INESSS : [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#))

Une évaluation cas par cas doit être effectuée par l'équipe traitante dans le but de déterminer le degré d'immunosuppression selon le statut clinique de l'usager.

2.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère

- ▶ Isolement pour 14 jours avec deux TDAR² négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET
- ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET
- ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles).

Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.

2.2 Usagers avec immunosuppression sévère

(Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).

L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR² à intervalle de 24 heures, afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement. L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique). Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 de l'usager est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (ex. : Décadron et Tocilizumab) Cogliati *et al.*, 2021 est aussi à évaluer par l'équipe traitante.

Dans le contexte exceptionnel où il est médicalement impossible de déterminer le niveau d'immunosuppression, la stratégie suivante pourrait être considérée afin de cesser l'isolement :

- ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET
- ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET
- ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) ET
- ▶ Deux résultats de TDAR² négatifs, sur un écouvillon nasopharyngé ou des expectorations à intervalle de 24 heures. Les résultats doivent être interprétés par une autorité compétente (ex. : médecin traitant ou microbiologiste-infectiologue référent du CISSS/CIUSSS).

² Le TDAR doit être effectué par un professionnel de la santé. Si le TDAR n'est pas disponible dans le milieu, l'équipe traitante pourrait utiliser une stratégie par TAAN.

Références

Aguinaga, L., Ursu, R., Legoff, J., Delauguerre, C., Nguyen, O., *et al.* (2020, 31 septembre). Prolonged positive SARS-CoV-2 RT-PCR in cancer outpatients requires specific reorganization of cancer centres. *Annals of Oncology*, 31(4). <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.08.1785>

Arons, M.M., Hatfield, K.M., Reddy, S.C., Kimball, A., James, A. *et al.* (2020, 28 mai). Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England Journal of Medicine*, 382, 2081-2090. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457>

Benotmane, I., Gautier-Vargas, G., Wendling, M-J., Perrin, P., Velay, A., *et al.* (2020, 12 septembre). In-depth virological assessment of kidney transplant recipients with COVID-19. *American Journal of Transplantation*, 20, 3162-3172. 10.1111/ajt.16251

British Columbia renal provincial health services authority. (2021, 27 septembre). *Guideline: novel coronavirus (COVID-19) for hemodialysis outpatients* http://www.bcrenal.ca/resource-gallery/Documents/COVID-19_Guideline_for_Hemodialysis_Programs.pdf

Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020, 15 novembre). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*, 71(10), 2663-2666. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>

Center for disease control and prevention. (2022, 14 janvier). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Cheng, H.W., Jian, S.W., Liu, D.P., Ng, T.C., Huang, W.T., *et al.* (2020, 1^{er} mai). Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 180(9),1156-1163. [10.1001/jamainternmed.2020.2020](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2020)

Cogliati-Dezza, F., Olivia, F., Cancelli, F., Sayelloni, S., Valeri, S.A. *et al.* (2021, 12 février). Determinants of prolonged viral RNA shedding in hospitalized patients with SARS-CoV-2 infection. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 100(2), 115347. <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2021.115347>

Currie, D.W., Shah, M.M., Salvatore, P.P., Ford, L., Whaley, M.J. *et al.* (2022, 2 février). Relationship of SRAS-CoV-2 antigen and reverse transcription PCR positivity for viral cultures. *Emerging Infectious Diseases*, 28(3), 717-720. <https://doi.org/10.3201/eid2803.211747>

Di Ciaccio, P., McCaughan, G., Trotman, J., Ho P. J., Y Cheah, C. *et al.* (2020, 15 mai). Australian and New Zealand consensus statement on the management of lymphoma, chronic lymphocytic leukaemia and myeloma during the COVID-19 pandemic. *Internal Medicine Journal*, 50(6), 667-679. [10.1111/imj.14859](https://doi.org/10.1111/imj.14859)

Kohmer, N., Toptan, T., Pallas, C., Karaca, O., Pfeiffer, A., *et al.* (2021, janvier). The comparative clinical performance of four SARS-CoV-2 rapid antigen tests and their correlation to infectivity In vitro. *Journal of clinical medicine*, 10, 328. <https://doi.org/10.3390/jcm10020328>

Lu, J., Peng, J., Xiong, Q., Liu, Z., Lin, H., *et al.* (2020, 24 août). Clinical, immunological and virological characterization of COVID-19 patients that test re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. *EBio Medicine*, 59(102960). [10.1016/j.ebiom.2020.102960](https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102960)

McKay, S.L., Tobolowsky, F.A., Moritz, E.D., Hatfield, K.M., Bhatnagar, A., *et al.* (2021, juillet). CDC Infection prevention and control team and the CDC COVID-19 surge laboratory group. Performance evaluation of serial SARS-CoV-2 rapid antigen testing during a nursing home outbreak. *Annals of internal medicine*, 174, 945-851. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>

Mermel, L. A. (2020, septembre). Respiratory protection for healthcare workers caring for COVID-19 patients. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 41(9), 1064-1065. [10.1017/ice.2020.175](https://doi.org/10.1017/ice.2020.175)

Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C.-G., *et al.* (2020, septembre). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*, 5(9), 475-483. [10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)

Santé publique Ontario. (2021, 21 février). *Factors affecting COVID-19 period of communicability – What we know so far*. <https://www.publichealthontario.ca/en/diseases-and-conditions/infectious-diseases/respiratory-diseases/novel-coronavirus/what-we-know>

Seidelman, J. L., Lewis, S. S., Advani, S. D., Akinboyo, I. C., Epling, C., *et al.* (2020, 25 juin). Universal masking is an effective strategy to flatten the severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) healthcare worker epidemiologic curve. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 41(12),1466-1467. [10.1017/ice.2020.313](https://doi.org/10.1017/ice.2020.313)

Thompson, E.R., Williams, F.S., Giacin, P.A., Drummond, S., Brown, E., *et al.* (2021, 29 mars). Universal masking to control healthcare associated transmission of SARS-CoV-2. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 1-24. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.127>

Van Kampen, J., van de Vijver, D., Fraaij, P., Haagmans, B., Lamers, M., *et al.* (2021, 11 janvier). Shedding of infectious virus in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19): duration and key determinants. *Nature communications*, 267. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>

Wölfel, R., Corman, V.M, Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S, *et al.* (2020, 1 avril). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. *Nature*, 581(7809), 465-469. [10.1038/s41586-020-2196-x](https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x)

Wu, Y., Chen, W., Li, W., Zhao, M., Wei, Q., *et al.* (2020, 25 août). Clinical characteristics, therapeutic management, and prognostic factors of adult COVID-19 inpatients with hematological malignancies. *Leukemia and Lymphoma*, 61(14), 3440-3450. <https://doi.org/10.1080/10428194.2020.1808204>

Xiao, F., Sun, J., Xu, Y., Li, F., Huang, X., *et al.* (2020, 28 août). Infectious SARS-CoV-2 in feces of patient with severe COVID-19. *Emerging Infectious Disease*, 26(8), 10. [10.3201/eid2608.200681](https://doi.org/10.3201/eid2608.200681)

Zhang, X. S. et Duchaine, C. (2020, 28 octobre). SARS-CoV-2 and health care worker protection in low-risk settings: a review of modes of transmission and a novel airborne model involving inhalable particles. *Clinical Microbiology Review*, 34(1), 1-29. [10.1128/CMR.00184-20](https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20)

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

Marie-Claude Roy, présidente
Catherine Dufresne
Roseline Thibeault
Pascale Trépanier
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université
Laval

Nathalie Bégin
Centre intégré de santé et de services sociaux de la
Montérégie-Centre

Karine Boissonneault
Natasha Desmarteau
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Capitale-Nationale

Stéphane Caron
Chantal Richard, secrétaire du CINO
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Laplante (poste intérimaire)
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Kevin Dufour
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux Saguenay-Lac-Saint-Jean

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Bianka Paquet-Bolduc
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Sara Pominville
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de l'Estrie

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray
Silvana Perna
Ministère de la Santé et des Services sociaux

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

Geneviève Anctil
Annick Boulais
Josiane Charest
Fanny Desjardins
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 7.0	2022-04-06	<ul style="list-style-type: none">▶ Retrait de la section Définitions. Les définitions se trouvent maintenant regroupées dans le document SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins)▶ Modification durée des mesures usagers avec immunosuppression.▶ Modification de cas confirmés de COVID-19 pour cas de COVID-19.
V 6.1	2021-12-02	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajustement de la définition des critères d'exposition en fonction de l'apparition de nouveaux variants.
V 6.0	2021-11-18	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajouts et bonification de libellées dans l'ensemble du document : bonification des définitions des différents types de cohorte, précision sur le port adéquat de la protection oculaire, ajout de précisions sur les critères d'exposition.
V 5.1	2021-06-01	<ul style="list-style-type: none">▶ Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.
V 5.0	2021-05-13	<ul style="list-style-type: none">▶ Précisions sur les différentes zones : chaudes, tièdes, froides, bonification de la section ÉPI, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères
V 4.0	2020-01-12	<ul style="list-style-type: none">▶ Uniformisation de la terminologie avec autres documents PCI, réorganisation de la section « contexte », précision sur le port du masque médical par l'utilisateur dialysé

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les unités d'hémodialyse

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers
Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

AVEC LA COLLABORATION DE

Josiane Charest, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 2980

Institut national
de santé publique

Québec 