

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

7 janvier 2021 – Version 7.0. Modifications apportées en jaune.

Le manque de données sur les effets du vaccin au niveau de la transmission ne nous permet pas de modifier les différentes recommandations :

- ▶ Le travailleur de la santé (et l'utilisateur lorsqu'applicable) doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections, peu importe son statut vaccinal (hygiène des mains, distanciation physique, port de l'équipement individuel)
- ▶ Il est trop tôt pour statuer sur l'impact du statut vaccinal en lien avec les critères d'exposition d'un travailleur de la santé ou d'un usager. Les recommandations en vigueur sont donc maintenues.

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SRAS-CoV-2. L'appellation SRAS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) est utilisée pour désigner ce nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour Coronavirus Disease 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

Cette fiche présente les mesures à appliquer dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que dans les autres milieux similaires (ex. : unité de soins de longue durée dans une résidence privée pour aînés (RPA)). Ces mesures s'inscrivent dans la continuité des mesures recommandées dans les milieux de soins de courte durée (soit les hôpitaux) et se veulent en cohérence avec celles-ci. Elles 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).

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur la COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le SRAS-CoV-2. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et les nouvelles connaissances sur ce virus et sur l'efficacité des mesures préventives. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).

Les stratégies générales recommandées pour prévenir la propagation de la COVID-19 dans les CHSLD s'ajoutent à celles appliquées quotidiennement pour détecter et prévenir la propagation d'autres virus respiratoires comme l'influenza. La prévention de l'introduction du virus SRAS-CoV-2, l'identification rapide d'un usager ou d'un travailleur de la santé (TdeS) pouvant être infecté et l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme dans l'installation. Dans ce contexte de pandémie où les usagers des milieux de soins de longue durée constituent une des populations fortement à risque de complications et de mortalité, il est essentiel de diminuer au maximum le risque d'introduction et de transmission de ce virus auprès de ces usagers.

Mesures de prévention et contrôle des infections

Ces mesures s'appliquent pour les centres ayant une mission d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et pour les autres ressources d'hébergement de ce type (ex. : unité de soins de longue durée dans une résidence privée pour aînés).

Pour les résidences privées pour aînés avec des logements, se référer :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Informations sur le virus SRAS-CoV-2

Référer à : [COVID-19 : Caractéristiques épidémiologiques et cliniques](#)

Surveillance	Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial, national et international : ▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees ▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html ▶ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et https://covid19.who.int/
Modes de transmission	Référer à : Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie
Tableau clinique	Des informations sont disponibles : ▶ https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ ▶ https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/ ▶ https://www.inspq.qc.ca/ et https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html

Définitions	
Cas aux fins de surveillance	La COVID-19 est sur la liste des <i>Maladies à déclaration obligatoire</i>. Cas confirmé et cas confirmé par lien épidémiologique Se référer à Définition de cas de COVID-19 – Québec. Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).
Travailleurs de la santé (TdeS)	Toute personne : - Qui donne des soins OU - Qui est en contact étroit avec la clientèle OU - Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	48 h précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique et jusqu'à la levée de l'isolement. Se référer à la section <i>Durée des mesures</i> des documents suivants : SRAS-CoV-2: Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de réadaptation (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée incluant volet gériatrique), ainsi que tous les autres milieux de soins ou de vie en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.
Cas nosocomial	Cas nosocomial - Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU - Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU - Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15 de l'arrivée dans le milieu de soins Cas nosocomial suspect - Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours* et plus et jusqu'à 14 jours depuis son arrivée dans le milieu de soins (période maximale d'incubation du virus). Cas non nosocomial - Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours* après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et à la suite de l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non. Note : le nombre de 7 jours a été choisi comme limite pour attribuer l'acquisition nosocomiale sur la base du CNISP, 2020.

Définitions (suite)	
Contact étroit usager	Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'ÉPI porté, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : déplacement d'un ÉPI pendant les manipulations de l'usager, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'établissement ou de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager : ▶ Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglass, etc.) qu'un cas confirmé COVID-19 durant sa période de contagiosité. - OU ▶ Usager qui n'est pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition. - OU ▶ Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les usagers suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces usagers serait alors effectué au même moment que les autres usagers contacts étroits décrits ci-haut. ▶ Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi usager	▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit - ET ▶ Séjournant sur une unité de soins, sur une unité de réadaptation ou dans un milieu de vie où il y a présence d'un cas confirmé COVID-19 (usager et/ou TdeS) durant sa période de contagiosité. Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne (ex. : partage d'équipement de soins, partage du même personnel de soins).

Définitions (suite)	
Contact étroit travailleur de la santé	Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'ÉPI porté, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant donné des soins à un usager confirmé COVID-19 à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées durant sa période de contagiosité. - OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant eu des contacts significatifs à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées avec un TdeS confirmé COVID-19 qui portait adéquatement ou non un masque médical durant sa période de contagiosité (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.) - OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement l'appareil de protection respiratoire N95 ou le masque médical ET la protection oculaire et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. Référez à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les TdeS suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces TdeS serait alors effectué au même moment que les autres TdeS contacts étroits décrits ci-haut. ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé COVID-19 pendant sa période de contagiosité. TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé COVID-19 pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi travailleur de la santé	▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS - ET ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : ▶ D'un usager confirmé COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité - OU ▶ D'un TdeS confirmé COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.
Éclosion	▶ Deux cas (usagers et/ou TdeS) nosocomiaux avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas. ▶ Dès le premier cas nosocomial, il pourrait être requis, à des fins d'interventions, d'instaurer immédiatement les actions nécessaires en présence d'une éclosion. L'évaluation du service de PCI ou de la DSPublique est nécessaire dans cette situation. Se Référez à : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins

Pour les recommandations en lien avec le port du masque et de la protection oculaire, se référer aux documents suivants : [SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte](#) et [SRAS-CoV-2 : Port de la protection oculaire en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte](#).

Mesures à appliquer à titre préventif et en tout temps	
Affichage	Renforcer l'affichage aux entrées de l'établissement utilisées par les TdeS et les usagers et au poste d'accueil afin de : ▶ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical*. ▶ Identifier la zone d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Afficher s'il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes. Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin.
Pratiques de base	Renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers. Il faut prêter une attention particulière au respect de : ▶ L'HDM avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les TdeS, les usagers, les visiteurs et les personnes proches aidantes. Se référer à : Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains ▶ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer à : Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires ▶ Hygiène et salubrité de l'environnement selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. S'assurer de la disponibilité des ÉPI en tout temps. ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle ▶ Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie
Hygiène des mains	Selon l'évaluation du type de milieu et de clientèle, installer des stations d'hygiène des mains accessibles et sécuritaires : ▶ Ex. : Présence de distributeurs de solution hydroalcoolique (SHA) à la porte des chambres ou dans les chambres.

* Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. [Référer à : SRAS-CoV-2 : choix et port du masque médical en milieux de soins.](#)

Mesures à appliquer à titre préventif et en tout temps (suite)

Port du masque chez l'usager	Le port du masque médical est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur). Ceci est applicable pour tous les secteurs de soins : ▶ Usagers en ambulatoire (ex. : urgence, cliniques externes, médecine de jour) ▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard à la zone où ils se trouvent (froide, tiède, chaude). Exclusions ▶ Usager ne tolérant pas le port du masque ▶ Usager qui dort ▶ Interférence avec les 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, 2020 ; Nguyen, 2020 ; Seidelman, 2020 ; Zhang, 2020). Le masque médical utilisé par l'usager devrait : ▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins (lien à venir) et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte ▶ Être changé minimalement toutes les 24 heures. S'il est porté de façon soutenue ou s'il est mouillé, souillé ou endommagé il doit être changé plus souvent. Une évaluation locale est requise.
Port du masque chez le travailleur de la santé	▶ Référer aux documents SRAS-CoV-2 : choix et port du masque médical en milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte. ▶ Un masque médical ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui est un cas suspecté ou confirmé COVID-19. ▶ Un masque médical ASTM niveau 1 est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou confirmé COVID-19. ▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit : ▶ Être changé à la sortie de la chambre d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause. ▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé. ▶ Être changé lors des pauses et des repas. ▶ Être porté pour une durée maximale de 4h outre les situations énumérées ci-haut.
Hébergement temporaire, nouvelles admissions, retour d'hospitalisation	Se référer aux directives du MSSS.

Mesures à appliquer à titre préventif et en tout temps (suite)	
Usager	Afin d'identifier rapidement un cas : ▶ Implanter une surveillance au moins une fois par jour de la fièvre et des autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : anosmie subite, diarrhée sans autre cause connue, diminution de l'état général, etc.) requiert une évaluation clinique par une autorité compétente. ▶ Procéder à un prélèvement pour la recherche du SRAS-CoV-2 chez les usagers selon les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).
Travailleurs de la santé	▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : distanciation physique, port de l'ÉPI recommandé). ▶ Il est recommandé de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne, lors de leur arrivée au travail, d'un registre personnel attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour). ▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins. ▶ Restreindre au strict minimum le nombre de TdeS présents requis pour les soins de l'usager dans la chambre. ▶ Constituer des équipes dédiées aux soins des usagers avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de TdeS pouvant être exposés.
Distanciation physique usager	Se référer aux directives du MSSS.
Distanciation physique travailleurs de la santé	Maintenir une distance minimale de deux mètres avec les autres TdeS sur l'unité, au poste de garde, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur.

Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé hébergé

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'usager et les interventions effectuées (ex. : Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)). Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire ▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19. ▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie). Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire ▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>). ▶ Les précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent être maintenues jusqu'à ce que le temps d'attente du changement d'air post IMGA soit terminé. Si le nombre de changements d'air est inconnu, il est proposé d'appliquer une attente d'environ six heures pour entrer dans la chambre sans protection respiratoire (déterminé en considérant le nombre minimum de changements d'air du tableau des normes canadiennes pour la tuberculose) (ASPC, 2014). ▶ Pour un usager ayant eu une IMGA et dont le temps d'attente du changement d'air post IMGA est terminé: appliquer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire. Précautions additionnelles gouttelettes-contact ▶ Usager admis ou hébergé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire. ▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 14 derniers jours (ex. : de retour de voyage depuis moins de 14 jours, contact d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, usager ou TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active). ▶ Lors de la réalisation d'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, référer à : Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19 pour connaître les précautions additionnelles à mettre en place.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de protection individuelle	Équipements de protection individuelle requis sans IMGA ▶ 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. ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. Équipements de protection individuelle requis avec IMGA ▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques. ▶ Appareil de protection respiratoire N95 (APR N95). ▶ Les TdS devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR N95 ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate. ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour assurer que l'APR N95 n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas l'ajustement et l'étanchéité de l'APR N95. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps : ▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. ▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI en tout temps. ▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement). Dans le contexte de la COVID-19 et en présence d'une pénurie réelle ou appréhendée des ÉPI, l'utilisation prolongée ou la réutilisation des blouses, des masques et des protections oculaires peuvent être considérées. Se référer à : ▶ COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie ▶ Réutilisation des respirateurs N95 dans un contexte d'une pénurie réelle ou appréhendée lors de la pandémie de la COVID-19 ▶ COVID-19 : Désinfection des protections oculaires à usage unique

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Retrait de l'équipement de protection individuelle

Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (corridor) à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'équipement de protection individuelle.

L'ordre de retrait de l'ÉPI est tiré des méthodes de soins informatisées <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi>, mais il peut être adapté selon les modalités locales.

Une procédure pour le retrait de l'ÉPI est aussi disponible sur le site internet de l'ASSTSAS : <http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf> mais il peut être adapté selon les modalités locales.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

Le retrait s'exécute dans la chambre de l'usager juste avant de sortir.

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Pour terminer, retirer le masque puis procéder à l'hygiène des mains.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- ▶ Dans la chambre, retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire, effectuer à nouveau l'hygiène des mains puis sortir de la chambre avec l'APR N95.
- ▶ Pour terminer, dès la sortie de la chambre, retirer l'APR N95 puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains.

Le retrait de l'ÉPI doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du milieu de soins qui peuvent influencer le retrait sécuritaire de l'ÉPI afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises.

- ▶ Lors d'un regroupement d'usagers en zone tiède, les ÉPI doivent être changés entre chaque usager puisque leur statut infectieux est inconnu. Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers.
- ▶ Lors d'un regroupement de cas en zone chaude, changer seulement les gants sauf si l'ÉPI est souillé. Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)

Pour une liste détaillée des IMGA, référer à : [Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19](#)

- Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire.
- Les IMGA à risque non documenté nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de précautions aériennes.
- Procéder à ces IMGA dans une chambre individuelle, avec la porte fermée (ou chambre à pression négative, si disponible dans l'installation). Il est important de rappeler que la chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port de l'APR N95 pour les TdeS présents dans la pièce.

Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :

- Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles.
- Réévaluer les indications de soins au besoin ou voir si une alternative de soins est possible (ex. : pour les CPAP, BiPAP).
- Autant que possible, tenter de planifier la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence.
- Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention.

Suite à une IMGA à risque reconnue ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce avant la fin du temps d'attente.

Si le nombre de changements d'air est inconnu, il est proposé d'appliquer une attente d'environ six heures pour entrer dans la chambre sans protection respiratoire (on a ici considéré le minimum de changement d'air du tableau des normes canadiennes pour la tuberculose) (ASPC, 2014).

Le seul fait qu'un usager suspecté ou confirmé COVID-19 ait une trachéostomie ne fait pas en sorte que des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent être instaurées en présence de cet usager.

Il est important de spécifier qu'il s'agit de la trachéotomie, soit le geste chirurgical, qui est considéré une IMGA. C'est le geste chirurgical de la trachéotomie ainsi que certains soins de trachéostomie (aspiration profonde des sécrétions par la trachéostomie) qui nécessitent des précautions aériennes-contact avec protection oculaire pour un usager suspecté ou confirmé COVID-19. Un changement de pansement au niveau de la trachéostomie, une aspiration des sécrétions à l'embouchure de la canule, l'application de soins topiques au site ou le changement de canule ne sont pas considérés des IMGA donc des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire sont adéquates pour un usager suspecté ou confirmé COVID-19.

Pour les usagers non suspectés ou confirmés COVID-19 porteurs d'une trachéostomie, aucune précaution additionnelle n'est requise et les pratiques de base de prévention et contrôle des infections s'appliquent.

Pour les usagers non suspectés ou confirmés COVID-19 utilisateurs d'un BiPAP ou CPAP, aucune précaution additionnelle n'est requise et les pratiques de base de prévention et contrôle des infections s'appliquent.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Hébergement	Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Si l'utilisateur suspecté est en chambre multiple dans l'attente du résultat : ▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) ▶ Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette (ou chaise d'aisance) réservée pour chaque usager. ▶ Si l'utilisateur confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle : ▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur). ▶ Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette (ou chaise d'aisance) réservée pour chaque usager. Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle avec la porte fermée (ou chambre à pression négative, si disponible dans l'installation) avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle).
--------------------	--

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Durée des mesures*	Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue : ► L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles. Usagers avec maladie légère ou modérée ► Isolement pour 10 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) 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 qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Usagers avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) : ► Isolement pour 21 jours après le début des symptômes 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 qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Usagers avec immunosuppression (Référer à la définition de l'INESSS : COVID-19 et personnes immunosupprimées : ► Isolement pour 28 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) 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 après 28 jours chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un usager pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de test de laboratoire négatifs entre le jour 21 et 28. Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté, attendre la confirmation d'un résultat de test de laboratoire négatif pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises. Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat du test de laboratoire pour la recherche du SRAS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.
--------------------	---

* Le développement des connaissances sur la transmission et la durée de contagiosité de la COVID-19 apportent des modifications à nos recommandations. Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) n'est pas un bon indicateur de contagiosité afin de lever les mesures. De plus, la durée de l'isolement de 10 jours a été retenue pour un cas non immunosupprimé. Ces articles soutiennent ces recommandations :

- La probabilité de retrouver du virus vivant ou répliquable diminue après l'apparition des symptômes et celui-ci n'a pas été retrouvé chez les usagers avec une maladie légère ou modérée après 10 jours suivant l'apparition des symptômes. (Wolfel, 2020; Arons, 2020; Bullard, 2020; Lu, 2020; CDC, 2020).
- Une étude qui présente le suivi des contacts des 100 premiers cas de COVID-19 confirmés à Taiwan n'a démontré aucun cas secondaire parmi les 852 contacts exposés six jours et plus après l'apparition des symptômes chez les cas index (Cheng *et al.*, 2020).
- 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 (Wolfel, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020; CDC, 2020). La détection de virus vivant a été documentée entre 10 et 20 jours après l'apparition des symptômes chez les usagers avec une maladie sévère et dans certains cas, chez des immunosupprimés. (van Kampen *et al.*, 2020).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Prélèvements et laboratoire	▶ Les informations concernant les analyses de laboratoire sont disponibles au : Coronavirus (SARS-CoV-2:COVID-19): détection (TAAN) sur spécimen clinique ▶ Ne pas déplacer l'usager. Faire les prélèvements dans l'installation.
Manipulations des prélèvements	Pour la manipulation des spécimens, se référer aux procédures déterminées par l'établissement. À titre informatif : ▶ Décontaminer l'extérieur des tubes de prélèvements avec le désinfectant habituellement utilisé. ▶ Identifier les tubes. ▶ Placer les tubes dans un sac hermétique, imperméable et étanche. ▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscire COVID-19 suspecté. ▶ Placer les tubes dans le contenant déterminé pour l'acheminement au laboratoire. ▶ Respecter les indications pour la conservation des spécimens. ▶ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination et que les pratiques de biosécurité appropriées (précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) sont appliquées lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Transport de l'usager à l'intérieur de l'installation	▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager. ▶ Limiter les déplacements de l'usager à l'extérieur de la chambre. ▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.) ▶ Les consultants ou intervenants doivent venir rencontrer l'usager à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. Si un déplacement est requis ▶ Le port du masque médical est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur). Référer à la section <i>Port du masque chez l'usager</i>. ▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▶ Aviser le service receveur que l'usager requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente. ▶ Si l'accompagnateur aide à l'installation de l'usager avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'usager, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'équipement de protection individuelle</i> puis procéder à l'HDM. ▶ Durant le transport, l'accompagnateur doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours. ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'équipement de protection requis pendant toute la durée de la présence de l'usager. ▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. Le masque médical ou l'APR N95 n'est pas nécessaire. Par contre, la blouse et les gants doivent être portés. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé). ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'usager immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Transfert de l'usager interétablissement	▶ Transfert vers l'hôpital selon les modalités prévues localement ou régionalement selon si l'état le requiert et le niveau de soins indiqué au dossier de l'usager. ▶ Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.
Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes	▶ Se référer aux directives du MSSS sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes ▶ Les personnes proches aidantes doivent avoir reçu une formation sur les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection individuelle requis (hygiène des mains, l'hygiène et l'étiquette respiratoires, mesures de distanciation physique, l'utilisation des ÉPI, etc.). ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation. En cas de non-respect des mesures de PCI, la procédure locale sera appliquée pour s'assurer du respect des mesures de PCI par les visiteurs. ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins ou de vie. ▶ L'installation doit assurer d'une vigie des symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les visiteurs et les personnes proches-aidantes ainsi que s'ils présentent des facteurs de risques d'acquisition ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite pourrait être alors reportée. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes présent dans le milieu de soins ou de vie. La personne proche aidante est : Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychologique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services. Les visiteurs désignent : Les personnes qui font partie de l'entourage de l'usager. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail ou de parenté plus distante, etc. Contrairement à la personne proche aidante, les contacts de ces personnes avec l'usager, bien qu'importants, sont ponctuels et ne sont pas essentiels à son intégrité physique ou psychologique.
Bénévoles	▶ Se référer aux directives du MSSS.
Stagiaires/étudiants et résidents/externes	▶ Se référer aux directives du MSSS et aux politiques des établissements d'enseignement.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Activités sociales ou thérapeutiques	▶ Se référer aux directives du MSSS afin de s'assurer d'éviter le déconditionnement des usagers lors des isollements prolongés https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002720/ ▶ Dans ce but, effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) afin de permettre des sorties de la chambre (ex. : marche au corridor avec supervision pour une période déterminée). ▶ Pour le déplacement de l'usager, se référer à la section <i>Transport de l'usager à l'intérieur de l'installation</i>. ▶ Pour l'entretien de l'équipement de soins et de services entre les usagers, se référer à la section <i>Équipements de soins</i>.
Services extérieurs	Se référer aux directives du MSSS.
Équipements de soins	▶ Utiliser un produit approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'usager. ▶ Désinfecter quotidiennement les aires communes utilisées par les TdeS. ▶ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. Si l'équipement doit être sorti de la chambre, une désinfection de l'équipement doit être réalisée. ▶ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).
Hygiène et salubrité	Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS. Désinfection quotidienne ▶ Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact ▶ Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact Désinfection terminale ▶ Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact ▶ Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact ▶ Nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination des chambres et aires communes minimalement une fois par jour. ▶ S'assurer que le protocole de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées. ▶ Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ Ajuster la fréquence des entretiens selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Buanderie-lingerie	▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement. ▶ Le lavage des vêtements, qui était fait par les familles, devra être fait par l'installation. ▶ Le linge souillé ne doit pas être en contact avec le linge propre.
Vêtements du travailleur de la santé	▶ Retirer les vêtements de travail, incluant les survêtements (sarrau, etc.), à la fin du quart de travail et les placer dans un sac en tissu ou en plastique lorsque possible. Sinon, retirer les vêtements de travail dès l'arrivée à la maison. ▶ Éviter de secouer le sac et les vêtements souillés. ▶ Laver les vêtements portés au travail après chaque journée, conformément aux instructions du fabricant en utilisant un détergent habituel et selon la température de l'eau recommandée pour le vêtement. Ceux-ci n'ont pas à être lavés séparément des autres vêtements. ▶ S'assurer que le vêtement de travail est toujours utilisé par la même personne tant qu'il n'a pas été lavé.
Gestion des déchets	▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement : ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).
Manipulation des dépouilles	Référer à : Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19 ▶ Appliquer les pratiques de base et les précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que le nettoyage et la désinfection de la chambre soient effectués. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification (si présent) pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ Mettre la dépouille dans un linceul. Désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul en indiquant que la dépouille est COVID-19 positive avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▶ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : RCR), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la COVID-19 selon les modalités prévues localement ou régionalement. ▶ Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée. Référer à : COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Ventilation et climatisation	▶ Référer à : Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19
Formation	Les travailleurs de la santé devraient avoir reçu une formation sur : ▶ L'hygiène des mains. ▶ L'identification d'un cas suspecté. ▶ Les précautions additionnelles requises. ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), hygiène des mains , désinfection du matériel de soins, etc.)
Communication	S'assurer que toutes les informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle soient transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.
Suivi DSPublique	Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) pour la COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.

Gestion des personnes exposées (usagers contacts étroits, travailleurs de la santé)	
Exposition potentielle des travailleurs de la santé	Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer à : ► SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ► SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Exposition potentielle et prise en charge des usagers répondant à la définition de contact étroit	Recherche des contacts étroits ► Faire une recherche des contacts étroits (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). ► Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces contacts avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ou avec les cas confirmés. ► L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque médical ou non par l'utilisateur, le partage de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite. Prise en charge du contact étroit ► Isolement préventif en précautions additionnelles gouttelettes-contact. ► Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19. ► Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, il faut poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition: cesser les précautions additionnelles requises. ► Les déplacements de l'utilisateur hors de sa chambre doivent être limités à ceux absolument requis pour des raisons médicales. ► L'utilisateur doit porter un masque médical pour toute la durée du déplacement, le garder pendant l'examen (si applicable selon le type d'examen) et le porter pour son retour à sa chambre. Il peut le retirer lorsque de retour à sa chambre et si aucun TdeS ne se trouve à moins de 2 mètres. ► L'utilisateur doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ► Si un usager (asymptomatique) quitte avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.

Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés hébergés sur une même unité de soins

Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes	Les adaptations peuvent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI. L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation : Zone chaude ► Seuls les usagers admis en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et ayant un résultat positif doivent être hébergés dans une zone chaude. ► Pour diminuer la quantité de virus expulsé dans l'air d'une chambre commune qui héberge deux ou plusieurs cas confirmés COVID-19, notamment si espace restreint, des chambres individuelles devraient être privilégiées. ► Les cohortes devraient être étendues pour réduire le nombre d'usagers contagieux dans un espace restreint. Éviter de regrouper une grande densité d'usager dans un petit espace physique (ex. : éviter d'héberger plus de 2 usagers ayant un diagnostic de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer l'étendue de la cohorte). ► Blouse, masque médical et protection oculaire : il est possible de les conserver entre les cas si non visiblement souillés (à évaluer avec l'équipe de PCI locale en fonction du type de cohorte). ► Changer de gants entre chaque usager et procéder à l'hygiène des mains après le retrait des gants. Zone tiède ► Éviter de mettre un cas suspecté COVID-19 dans une cohorte de cas confirmés COVID-19. ► Une cohorte distincte devrait être prévue (zone tiède). ► Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis dans ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque le statut infectieux est inconnu. ► Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers. ► Si deux cas suspectés ou contacts étroits sont placés dans la même chambre, garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette dédiés (ou chaise d'aisance dédiée) pour chaque usager. Zone froide Une zone froide devrait héberger que des usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition. Informations générales Dans le cas où plusieurs cas confirmés COVID-19 sont admis sur la même unité ou le milieu de réadaptation, il existe différentes possibilités de cohortage (p. ex. cohorte d'une section de l'unité, cohorte à la chambre). Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, les aires communes et le poste de garde peuvent être considérés comme une zone chaude ou une zone froide. Deux possibilités pour ces aires communes : ► Peuvent être incluses dans la zone chaude et l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans ces aires communes.
---	---

	► Peuvent être exclues de la zone chaude et l'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer (zone propre). Les professionnels de la santé qui effectuent des tournées sur cette unité doivent débuter, dans la mesure du possible, par la zone froide, suivi de la zone tiède et terminer par la zone chaude. Si des déplacements d'une zone vers une autre (ex. : chaude → tiède → froide) sont requis, des mesures en regard de l'ÉPI doivent être appliquées : ► Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, la blouse et les gants doivent être retirés, un nouveau masque doit être porté et la protection oculaire doit être changée ou désinfectée. Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), la blouse et les gants doivent être retirés suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI peu importe le type de zone. Prévoir retirer de la zone chaude ou tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures). La gestion du mouvement des TdeS doit être faite en fonction des directives du MSSS.
Hygiène et salubrité	► Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.). ► Référer à l'annexe 1B du document du MSSS <i>Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité</i> https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000285/ Référer à : Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) -Type de précautions : gouttelettes-contact
Équipement de soins	► Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins. ► Équipement de soins et matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité. En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) par les différentes cohortes de l'unité, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements après chaque utilisation.

Références

- Arons, M.M., Hatfield, K.M., Reddy, S.C., Kimball, A., James, A. *et al.* (2020). Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England Journal of Medicine*. Repéré au : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2008457>
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*. Agence de la santé publique du Canada, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. P.184. Repéré au : <http://publications.gc.ca/site/fra/9.642347/publication.html>
- Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*. Repéré au : <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa638/5842165>
- Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). (2020). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. Version 2020-04-28. P.4. Repéré au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf
- Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-09-10. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
- Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Preparing for COVID-19 in Nursing Homes*. Version 2020-06-25. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html>
- Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Testing Guidelines for Nursing Homes*. Version 2020-07-21. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-testing.html>
- Center for disease control and prevention (CDC), (2020). *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19*. Version 2020-09-10. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
- Communicable Diseases Network Australia (CDNA). (2020). *National Guidelines for the Prevention, Control and Public Health Management of COVID-19 Outbreaks in Residential Care Facilities in Australia*. Version 2020-03-13. Repéré au : <https://www.health.gov.au/resources/publications/cdna-national-guidelines-for-the-prevention-control-and-public-health-management-of-covid-19-outbreaks-in-residential-care-facilities-in-australia>
- Center for infectious disease research and policy (CIDRAP). (2020). *Study highlights ease of spread of COVID-19 viruses*. Repéré au : <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/03/study-highlights-ease-spread-covid-19-viruses>
- Cheng, H.W., Jian, S.W., Liu, D.P., Ng, T.C., Huang, W.T., *et al.* (2020). Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020
- He, X., Lau, H.Y., Wu, P., Deng, X., Wang, J. *et al.* (2020). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*. Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et anosmie sévère brutale et perte de goût sans obstruction nasale*. Québec. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/anosmie-perde-de-gout-obstruction-nasale-mise-a-jour-completee-01-04-2020.html>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf?fbclid=IwAR2WT-FlaxFMOrvFtql_d_anXXQcKzCaJegrqLPb-30y6loJkJPkhS9Y0piw
- Johns Hopkins center for health security. (2020). Fecal-oral transmission. *Daily updates on the emerging novel coronavirus from the Johns Hopkins Center for Health Security*, revue du 2020-02-02.

Kujawski, S.A. *et al.* (2020). Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nature medicine*. Repéré au: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0877-5>

Lu, J., Peng, J., Xiong, Q., Liu, Z., Lin, H., *et al.* (2020). Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>

Mermel, L. A. (2020). Respiratory Protection for Healthcare Workers Caring for COVID-19 Patients. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(9), 1064-1065. DOI:10.1017/ice.2020.175

Ministère de la Santé de l'Ontario. (2020). *COVID-19 guidance: Long-Term Care*. Version 2020-04-15. Repéré au http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_long_term_care_guidance.pdf

Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C.-G., *et al.* T. (2020). 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. DOI: 10.1101/2020.04.29.20084111

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-03-19. Repéré au : [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020c) *Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 : Orientations provisoires*. 5 juin 2020. Repéré au : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332448/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-fre.pdf

Romano-Bertrand S., Aho-Glele L.S., Grandbastien B., Gehanno, JF., *et al.* Lepelletier, D. (2020). Sustainability of SARS-CoV-2 in aerosols: Should we worry about airborne transmission. *Journal of hospital infection*, 12 juin 2020. Repéré au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7291993/>

Sehmi, P. *et al.* Cheruiyoy, I. (2020). *Presence of live SARS-CoV-2 virus in feces of coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients : a rapid review*. MedRXiv preprint, 29 juin 2020. Repéré au: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.27.20105429v1>

Seidelman, J. L., Lewis, S. S., Advani, S. D., Akinboyo, I. C., Epling, C., *et al.* (2020). 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. DOI:10.1017/ice.2020.313

van Kampen, J., van de Vijver, D., Fraaij, P., Haagmans, B., Lamers, M., *et al.* (2020). Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>

Woelfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020). *Clinical presentation and virological assessment of hospitalized cases of coronavirus disease 2019 in a travel-associated transmission cluster*. Preprint MedRxiv. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.05.20030502v1.full.pdf+html>

Xiao, F., Sun, J., Xu, Y., Li, F., Huang, X., *et al.* (2020). Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020 ; 26(8) :10. 3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

Zhang, X. S. & Duchaine, C. (2020) 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. DOI: 10.1128/CMR.00184-20

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
V 7.0	2020-12-18	p.1	► Ajout d'un encadré sur gestion des travailleurs de la santé et des usagers en lien avec statut vaccinal COVID-19
		p.4 à 6	► Plusieurs ajouts et modifications dans les définitions dont : ► Ajout de la définition période de contagiosité (pour intervention) ► Modification de la définition de cas nosocomial ► Modification de la définition éclosion ► Modification de la définition contact étroit usager et contact élargi usager ► Ajout des définitions contact étroit et contact élargi travailleur de la santé
		p.7	► Ajout d'une section « Hygiène des mains »
		p.8	► Ajout d'une section « Indications port du masque chez l'utilisateur »
		p.8	► Ajout d'une section « Indications port du masque chez le travailleur de la santé »
		p.10	► Ajout d'une précision sur le temps d'attente des changements d'air post IMGA.
		p.11	► Bonification des recommandations sur l'ÉPI requis lors d'une IMGA.
		p.13	► Ajout d'informations pour gestion usagers porteurs trachéostomie ou utilisateurs de BiPAP, CPAP dans contexte d'IMGA
		p.16	► Ajout d'un libellé sur le port du masque chez l'utilisateur lors des transports à l'intérieur de l'établissement
		p.17	► Ajout des définitions de visiteur et personne proche aidante dans la section « Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes »
		p.18	► Ajout de précisions pour éviter les risques de déconditionnement chez les usagers en précautions additionnelles, section « Activités thérapeutiques ».
		p.19	► Ajout d'une section de recommandation sur la prise en charge des vêtements des travailleurs de la santé
		p.22-23	► Ajout d'une section « Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes » ainsi que des sections suivantes qui y sont associées : « Équipement de soins » et « Hygiène et salubrité »

SRAS-CoV-2

Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers

Direction des risques biologiques et de la santé du travail

SOUS LA COORDINATION

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil

Direction des risques biologiques et de la santé du travail

AVEC LA COLLABORATION DE

Karine Boissonneault, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections

Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative

Direction des risques biologiques et de la santé du travail

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 2910