

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de réadaptation, ainsi que tous les autres milieux de soins ou de vie en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

2 décembre 2021 – Version 4.1 modifications apportées en jaune

Sommaire

Préambule	2
Mesures de prévention et contrôle des infections	3
Définitions	3
Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	11
Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés COVID-19 admis sur une même unité de soins	24

Une couverture vaccinale élevée tant chez les travailleurs de la santé (TdeS) que chez les usagers diminue le risque de transmission nosocomiale dans les milieux de soins.

- ▶ Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) surveille de près les données épidémiologiques de la vigie génomique des variants qui permet de documenter la progression des cas de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 parmi l'ensemble des cas de COVID-19. Advenant des données épidémiologiques démontrant la circulation de certains variants pour lesquels il y a des preuves scientifiques d'échappement immunitaire significatif, les recommandations seront ajustées.
- ▶ Les recommandations tiennent compte de la présence de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec.
- ▶ Les directives ministérielles et les consignes sanitaires continuent de s'appliquer autant pour les TdeS que les usagers, peu importe leur statut vaccinal.
- ▶ Le statut immunitaire du TdeS permet de moduler les indications de dépistage et de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19.

Préambule

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

Ce document présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en lien avec la présence du SRAS-CoV-2 dans les milieux de réadaptation (déficience physique, santé physique et modérée), ainsi que dans les autres milieux de soins ou de vie en réadaptation physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. 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). 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 milieux de réadaptation, de soins et de vie 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 pouvant être infecté et l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du virus dans l'installation. Dans ce contexte de pandémie, les usagers des milieux de réadaptation, de soins et de vie constituent des populations fortement à risque de contracter l'infection dû à la promiscuité des usagers entre eux et aux soins directs donnés par les différents intervenants. Il est donc essentiel de diminuer au maximum le risque d'introduction et de transmission de ce virus auprès de cette clientèle.

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://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/>

Mesures de prévention et contrôle des infections

Pour les usagers qui retournent à domicile afin de poursuivre leur réadaptation ou suivi ou traitement, référer à :

[SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les soins à domicile](#)

Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Surveillance	Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial et national : <ul style="list-style-type: none">▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html
Mode de transmission	Référer à : Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie .
Tableau clinique	Des informations sont disponibles : <ul style="list-style-type: none">▶ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/▶ https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques.html▶ https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19

Définitions

Les définitions présentées dans cette section ne tiennent pas compte du statut vaccinal de l'utilisateur ou du TdeS puisque, malgré la vaccination, un individu peut faire la COVID-19. Ceci s'applique pour les définitions de cas et les définitions de contacts étroits et élargis.

Définitions	
Cas aux fins de surveillance	<p>La COVID-19 est une maladie surveillée dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la pandémie de SRAS-CoV-2.</p> <p>Cas confirmé par laboratoire et cas confirmé par lien épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Référer à Définition de cas de COVID-19 – Québec. <p>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).</p>
Cas suspecté de COVID-19	Usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test ou en attente de résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2.
Travailleurs de la santé	Toute personne : <ul style="list-style-type: none">▶ 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.

Définitions	
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	De 48 heures précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique, jusqu'à la levée de l'isolement (référer à la section <i>Durée des mesures</i>).
Cas nosocomial usager	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 <p>Cas nosocomial suspect</p> <p>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) CNISP, 2020.</p> <p>Cas non nosocomial</p> <p>Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours (CNISP, 2020) après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins.</p> <p>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.</p>
Cas nosocomial travailleur de la santé	Cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique et relié épidémiologiquement à un cas confirmé de COVID-19 (usager ou TdeS) ET absence d'exposition claire à un cas de COVID-19 dans la communauté.
Éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>À des fins d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dès le premier cas nosocomial, il est requis d'instaurer immédiatement des mesures de PCI; les actions nécessaires en présence d'une éclosion pourraient être mises en place d'emblée selon la situation. L'évaluation du service de PCI ou de la Direction de la santé publique (DSPublique) (selon les modalités locales) est nécessaire dans cette situation. Référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins. <p>Ne pas attendre les résultats du type de variant pour mettre en place rapidement les mesures d'éclosions. Si confirmation par laboratoire de variants différents, les mesures peuvent être ajustées après consultation avec l'équipe PCI.</p>

Définitions (suite)	
Contact étroit usager	<p>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'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté par le TdeS, le port du masque médical par l'usager, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique rapproché, mais de courte durée (ex. : aide à l'alimentation, transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS.</p> <p>Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, jeu entre usagers pédiatriques, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglas, etc.) qu'un cas confirmé de 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 de 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 de COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Si le cas est un usager non apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) une évaluation au cas par cas devra être effectuée en collaboration avec l'équipe PCI afin de déterminer les contacts étroits.</p> <p>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. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : aide à l'alimentation, transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit ET ▶ Séjournant sur une unité de soins, où il y a présence d'un cas confirmé de COVID-19 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Chez un usager confirmé pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité OU ▶ Chez un TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Pour être considéré comme 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	<p>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'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté adéquatement par le TdeS, le port du masque médical par l'utilisateur, 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'utilisateur 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 la mobilisation de l'utilisateur, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). Référez à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical* et ayant donné des soins à un usager confirmé de 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 de 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 ou le masque médical ET la protection oculaire et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. Référez à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins. <p>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. Dans cette situation, référez à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieu de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 de 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 de COVID-19 pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS ET ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un usager confirmé de 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 de COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité <p>Pour être considéré comme un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.</p>

* Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou au type d'APR.

Définitions (suite)	
Critères d'exposition	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les critères d'exposition à considérer en milieu de soins sont : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un contact étroit d'un cas confirmé de COVID-19. ▶ Être un usager protégé, partiellement protégé ou non protégé, de retour de voyage* d'un pays visé par une considération particulière (ex. : nouveau variant) dans les 14 derniers jours. ▶ Être un usager partiellement protégé ou non protégé, de retour de voyage* à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours. ▶ Être un usager ou un TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active. ▶ Pour les expositions en communauté, référer aux tableaux 8 et 9 du document COVID-19: Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.
Usager/travailleur de la santé considéré protégé	<p>Usager ou TdeS répondant à un des critères suivants (excluant l'usager ou le travailleur immunosupprimé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A reçu 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose; ▶ A reçu 1 dose du vaccin Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours après la dose; ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non); ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois ET suivi par au moins 1 dose de vaccin depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).
Usager/travailleur de la santé considéré partiellement protégé	<p>Usager ou TdeS répondant à un des critères suivants (excluant l'usager ou le travailleur immunosupprimé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A reçu 1 dose de vaccin depuis ≥ 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson). ▶ A reçu 2 doses de vaccin dont la 2^e dose date de < 7 jours. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET non vacciné. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.
Usager/ travailleur de la santé considéré non protégé	<p>Usager ou TdeS répondant à un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN et non vacciné. ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN ET 1 dose de vaccin < 14 jours. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour). ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours (données insuffisantes à ce jour). ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

* La notion de voyage inclut tout déplacement de plus de 48 heures à l'extérieur du Québec.

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps	
Affichage	<p>Renforcer l’affichage à toutes les entrées de l’installation, dans les salles d’attente et au poste d’accueil afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical. ▶ Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 pour les TdeS et les usagers. ▶ Promouvoir le respect de la distanciation physique. ▶ Identifier la salle 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 ainsi que les consignes à suivre. <p>Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes, de caractères adaptés (typologie, grosseur, couleur), de langage simplifié ou de différentes langues au besoin.</p>
Pratiques de base	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers, les TdeS, les visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains. ▶ L’hygiène et l’étiquette respiratoires. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires. ▶ L’hygiène et la 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. ▶ La prise en charge des visiteurs, des accompagnateurs et des personnes proches aidantes et de la bulle familiale dans les secteurs pédiatriques. <p>S’assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps. Référez à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Section Équipement de protection individuelle</i> ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle
Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Donner accès à des stations d’hygiène des mains selon l’évaluation du type de milieu et de clientèle afin de s’assurer d’installer celles-ci dans un endroit sécuritaire : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ex. : Présence de distributeurs de solution hydroalcoolique (SHA) à la porte des chambres ou dans les chambres. ▶ Le TdeS doit assister l’usager pour procéder à l’hygiène des mains au besoin.
Vaccination des travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La vaccination contre le SRAS-CoV-2 chez les TdeS doit être considérée comme étant la première mesure préventive pour réduire le fardeau de la COVID-19 dans les milieux de soins. ▶ L’adhésion à la vaccination par les TdeS est une responsabilité collective dans un contexte de pandémie (Popescu, 2021). ▶ Référez aux directives ministérielles et au Protocole d’immunisation du Québec (PIQ).

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

Port du masque chez l'utilisateur	<p>Le port du masque médical* est recommandé pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard au secteur où ils se trouvent. <p>Pour les usagers en ambulatoire (ex. : cliniques externes, médecine de jour), le port du masque est recommandé en tout temps.</p> <p>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'utilisateur 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 <i>et al.</i>, 2020 ; Nguyen <i>et al.</i>, 2020 ; Seidelman <i>et al.</i>, 2020 ; Zhang <i>et al.</i>, 2020 ; Thompson <i>et al.</i>, 2021).</p> <p>Le masque médical utilisé par l'utilisateur devrait :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référez aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieu de soins.▶ Être changé minimalement toutes les 24 heures. S'il est porté de façon soutenue, il doit être changé plus souvent. Le changer s'il est mouillé, souillé ou endommagé. <p>Pour le port du masque chez la clientèle pédiatrique, référez à Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé.</p> <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager ne tolérant pas le port du masque▶ Usager qui dort▶ Interférence avec les soins
Port du masque chez le travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none">▶ 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 de COVID-19.▶ Un masque médical ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour :<ul style="list-style-type: none">▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou confirmé de COVID-19.▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un autre TdeS.▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit :<ul style="list-style-type: none">▶ 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. Pour les indications lors de soins aux cas de COVID-19, référez à la section <i>Cohortes de cas sur une même unité de soins</i>.▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé.▶ Être changé lors des pauses et des repas.▶ Être porté pour une durée maximale de 4 heures outre les situations énumérées ci-haut.

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

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Hébergement temporaire, nouvelles admissions, retour d'hospitalisation ou d'un séjour à l'extérieur du milieu	<p>Référer aux directives ministérielles.</p> <p>Il est important pour cette clientèle d'éviter le déconditionnement ou la détresse psychologique et de valoriser la réadaptation pour les usagers asymptomatiques lorsqu'ils se retrouvent en isolement préventif.</p>
Surveillance chez les usagers	<p>Afin d'identifier rapidement un cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Implanter une surveillance quotidienne des symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, peu importe le statut immunitaire, requiert une évaluation clinique par une autorité compétente et devrait être validée en complémentarité avec une prise de signes vitaux. ▶ 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).
Surveillance chez les travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 d'un registre 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, sauf ceux chez qui les symptômes peuvent être attribuables à la réception du vaccin contre la COVID-19 pour lesquels une évaluation spécifique doit être faite. Référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins et SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination COVID-19 en milieu de soins.
Distanciation physique usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : paroi de plexiglas, rideau séparateur) malgré le port du masque par l'utilisateur.
Distanciation physique travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres avec les autres TdeS et lorsque possible avec les usagers, en tout temps dans le milieu de soins. Référer à Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieu de soins

Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'utilisateur et les interventions effectuées.</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19.▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie). <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <p>Usager suspecté ou confirmé de 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>).</p> <ul style="list-style-type: none">▶ 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. <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 10 derniers jours (référer à la section <i>Définitions</i>).▶ Usager asymptomatique, partiellement protégé ou non protégé, de retour de voyage* à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours. Si requis, effectuer des dépistages selon les modalités locales.▶ Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire. <p>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 suspectés ou confirmés de COVID-19 pour connaître les précautions additionnelles à mettre en place.</p>

* La notion de voyage inclut tout déplacement de plus de 48 heures à l'extérieur du Québec.

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

Équipements de protection individuelle

Pour les recommandations en lien avec le port du masque, référer à la section Port du masque chez les TdeS.

Équipements de protection individuelle requis sans IMGA ou avec IMGA à risque non documenté de transmission d'aérosols infectieux

- ▶ 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). Choisir la protection oculaire appropriée pour 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.

Équipements de protection individuelle requis avec IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux :

- ▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales.
- ▶ Appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou l'équivalent:
 - ▶ Les TdeS devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR 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 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. 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 sont pas 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.

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 requis en tout temps.
- ▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Si une cohorte de cas est présente, référer à la section <i>Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins</i> pour les indications et les options de retrait de l'ÉPI.</p> <p>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. Le lieu du retrait de l'ÉPI est donc déterminé localement selon la réalité de chaque unité/installation (ex. : présence de cohorte).</p> <p>Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (ex. : corridor) à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'ÉPI.</p> <p>L'ordre de retrait de l'ÉPI ci-dessous 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.</p> <p>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 elle peut être adaptée selon les modalités locales.</p> <p>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Pour terminer, retirer l'APR puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. L'APR ne doit pas être retiré à l'intérieur d'une pièce où est hébergé un usager en précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. L'endroit du retrait de l'APR est déterminé localement selon l'organisation physique des lieux (ex. : présence de cohorte).

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

Interventions médicales générant des aérosols

Pour une liste détaillée des IMGA, référer à [Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés 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 (à moins qu'une chambre à pression négative soit disponible). 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 au moment de l'ouverture de la porte 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 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 est possible (ex. : pour les CPAP et 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 en tout temps avant la fin du temps d'attente, tout en limitant le temps d'ouverture de la porte au minimum pour ne pas perdre le différentiel de pression.

Si le nombre de changements d'air est inconnu, il est proposé d'appliquer une attente d'environ six heures avant d'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).

Le seul fait qu'un usager suspecté ou confirmé de 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 que c'est le geste chirurgical, soit la trachéotomie, qui est considéré une IMGA. Ce sont donc 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 de 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 de COVID-19.

Pour les usagers non suspectés ou confirmés de 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 de 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	<p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Placer l'usager dans une chambre individuelle avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle).▶ Éviter d'héberger plus de deux cas confirmés de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers) (référer à la section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>). <p>Si l'usager suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat OU si l'usager confirmé de COVID-19 est en chambre multiple avec des usagers non confirmés de COVID-19 et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Favoriser le port du masque par l'usager suspecté ou confirmé de COVID-19 et pour les autres usagers partageant la chambre.▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : paroi de plexiglas, rideau séparateur).▶ Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle) pour chaque usager. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <p>Placer l'usager 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).</p>
Durée des mesures	<p>Informations générales</p> <p>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.</p> <p>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 7-8 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 avec maladie légère ou modérée (Wolfel <i>et al.</i>, 2020 ; Li <i>et al.</i>, 2020 ; Xiao <i>et al.</i>, 2020 ; CDC, 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.</p> <p>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.</p> <p>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 <i>et al.</i>, 2020 ; Benotmane <i>et al.</i>, (2020) ; DiCiaccio <i>et al.</i>, 2020 ; Wu <i>et al.</i>, 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.</p>

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

Durée des mesures	<p>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.</p> <p>L'ensemble des facteurs suivants doit être pris en considération avant de cesser les précautions additionnelles.</p> <p>1. Usagers avec maladie légère ou modérée :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ 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) <p>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.</p> <p>2. Usagers avec maladie sévère (c.-à-d. ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19 ou ayant nécessité des soins donnés habituellement dans une unité de soins intensifs) :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ 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) <p>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.</p> <p>3. Usagers avec immunosuppression</p> <ul style="list-style-type: none">▶ (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. <p>3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none">▶ 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) <p>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.</p>
--------------------------	---

* 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.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Durée des mesures	<p>3.2 Usagers avec immunosuppression sévère</p> <p>(Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <p>L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée et instaurer au besoin une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations 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'utilisateur est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (ex. : Décadron et Tocilizumab) Cogliati <i>et al.</i>, 2021) est aussi à évaluer par l'équipe traitante.</p> <p>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.</p> <p>Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat du test de laboratoire pour le 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.</p>
Prélèvements et laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ne pas déplacer l'utilisateur. Faire les prélèvements dans l'installation. ▶ Référer aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): détection (TAAN) sur spécimen clinique.
Manipulation des prélèvements	Référer aux procédures de l'établissement.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur. ▶ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques, des procédures thérapeutiques, de la réadaptation et des mesures de socialisation dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : radiographie à la chambre, etc.) ▶ Les consultants ou intervenants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le port du masque médical est fortement recommandé pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur, personne proche aidante), sauf pour les exceptions mentionnées dans la section <i>Port du masque chez l'utilisateur</i>. ▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section Retrait de l'ÉPI) 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'ÉPI requis pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail entrés en contact direct ou indirect avec l'utilisateur et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'utilisateur. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspectés ou confirmés de COVID-19 prévus par l'installation (ex. : ascenseur réservé). ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le déplacement de l'utilisateur si applicable et selon les modalités locales (ex. : fauteuil roulant, civière, aide à la marche, etc.).
Transfert interétablissement de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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'utilisateur. ▶ Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Gestion des visiteurs et personnes proches aidantes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes. ▶ Les personnes proches aidantes doivent avoir reçu une formation sur les pratiques de base en PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires) ainsi que sur les précautions additionnelles COVID-19 (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle requis). ▶ Le visiteur 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. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit respecter les directives ministérielles pour le port du masque dans le milieu. Des adaptations locales pourraient être apportés pour des secteurs très restreints (milieux de vie, pédiatrie, secteur mère-enfant). ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins, de réadaptation ou de vie. ▶ 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. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Porter une attention particulière aux conjoints et aux parents qui passent plusieurs heures ou qui demeurent en tout temps dans le milieu de soins avec l'utilisateur (ex. : parents d'un enfant dans un secteur pédiatrique, personne qui visite son conjoint ou sa conjointe très régulièrement et passe une longue période). ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite devra alors être reportée. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes présentes dans le milieu de soins, de réadaptation ou de vie. <p>La personne proche aidante est :</p> <p>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 (MSSS, 2020).</p> <p>Les visiteurs désignent :</p> <p>Les personnes qui font partie de l'entourage de l'utilisateur. 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'utilisateur, bien qu'importants, sont ponctuels et ne sont pas essentiels à son intégrité physique ou psychologique (MSSS, 2020).</p>
Bénévoles	Référer aux directives ministérielles.
Stagiaires/étudiants et résidents/externes	Référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.
Hygiène corporelle des usagers	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers suspectés ou confirmés de COVID-19. ▶ Adapter le type de soins d'hygiène corporelle de l'utilisateur selon l'évaluation de son statut infectieux et de sa condition médicale. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si l'utilisateur est conduit au bain ou à la douche partagée, s'assurer de respecter les mesures de PCI en lien avec le type de précautions additionnelles en place pour l'utilisateur.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Interventions de réadaptation	<p>Référer aux directives présentes dans ce document pour les recommandations à appliquer lors des interventions de réadaptation.</p> <p>Référer aux directives du MSSS afin de s'assurer d'éviter le déconditionnement ou la détresse psychologique des usagers lors des isolements prolongés. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002720/</p> <p>Privilégier les traitements à la chambre pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 et les contacts étroits :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si un service connexe doit être utilisé, effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) afin de permettre des sorties de la chambre avec supervision pour une période déterminée. Exemple de service connexe : <p>Gymnase</p> <p>Référer aux directives ministérielles.</p> <p>Piscine</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ https://www.quebec.ca/habitation-et-logement/piscines-et-spas/ ▶ COVID-19 : Lieux de baignade <p>Plateaux de réadaptation</p> <p>Salle de motricité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si une sortie de la chambre pour une période déterminée est permise, référer à <ul style="list-style-type: none"> ▶ Section <i>Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation pour déplacement de l'utilisateur</i> ▶ Section <i>Équipements de soins pour l'entretien de l'équipement de soins et de services entre les usagers</i>
Services extérieurs	Référer aux directives ministérielles.
Équipements de soins et aides techniques	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins et les aides techniques qui se trouvent dans la chambre de l'utilisateur : ▶ 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. ▶ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'utilisateur. Si l'équipement doit être sorti de la chambre, une désinfection de l'équipement doit être réalisée entre chaque usager. ▶ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'utilisateur. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <p>Désinfection quotidienne</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 <p>Désinfection terminale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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.
Buanderie-lingerie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Laver les vêtements conformément aux instructions du fabricant. Utiliser un détergent habituel et de l'eau à la température recommandée pour le vêtement. ▶ Ceux-ci n'ont pas à être lavés séparément des autres vêtements. ▶ Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement. ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Manipulation des dépouilles	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée. ▶ 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 indiquant que la dépouille est COVID-19 positive avant de la 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. : réanimation cardio-respiratoire), 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, pour une prise en charge adéquate. <p>Pour des informations complémentaires, se référer à COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires</p>
Ventilation et climatisation	<p>Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation devraient être correctement installés et régulièrement inspectés et entretenus par la direction des services techniques de l'installation. Référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques ▶ Document d'appui destiné au Comité consultatif sur la transmission de la COVID-19 en milieux scolaires et en milieux de soins et sur le rôle de la ventilation <p>Concernant les appareils mobiles, référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains ▶ Les avantages de la vaccination ▶ L'identification d'un cas suspecté de COVID-19 ▶ Les précautions additionnelles requises ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI ▶ Tout autre sujet relié à la COVID-19 et jugé pertinent (ex. : arrêtés ministériels, etc.)
Audits	<p>Effectuer des audits de processus. Les audits primordiaux à effectuer sont l'hygiène des mains, le port et le retrait de l'ÉPI ainsi que les mesures en hygiène et salubrité. D'autres audits peuvent être ajoutés en fonction du milieu et de l'évaluation du risque.</p>
Communication	<p>S'assurer que toutes les informations pertinentes à l'application des mesures de PCI sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>
Suivi à la DSPublique	<p>Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) de COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.</p>

Gestion des personnes exposées	
Exposition 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 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins
Exposition des usagers	Pour plus de détails sur la prise en charge d'un usager répondant à la définition de contact étroit, référer à la Section 4 : Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou TdeS) du document SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieu de soins

Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspects ou confirmés COVID-19 admis sur une même unité de soins

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>Le Cinq recommande la mise en place de cohortes comme mesure de PCI pour la gestion des cas.</p> <p>Il s'agit d'un regroupement dans un lieu géographique spécifique et bien délimité physiquement d'utilisateurs présentant un statut identique au sujet d'une même infection. Idéalement une cohorte doit être prise en charge par du personnel dédié, et les équipements de soins ainsi que le matériel partagé qui y est utilisé est également dédié à cette cohorte.</p> <p>Dans le contexte de la COVID-19, plusieurs types de cohortes peuvent être instaurées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cohorte de cas confirmés de COVID-19 (héberge des utilisateurs confirmés par laboratoire pour le SRAS-CoV-2) ▶ Cohorte de cas suspects de COVID-19 (héberge des utilisateurs présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2) ▶ Cohorte d'utilisateurs asymptomatiques ayant des critères d'exposition (référer à la définition de critères d'exposition dans la section <i>Définitions</i>) ▶ Cohorte d'utilisateurs asymptomatiques et sans critères d'exposition (référer à la définition de critères d'exposition dans la section <i>Définitions</i>) <p>Lorsque des cohortes sont mises en place, des mesures de PCI doivent être respectées.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bien délimiter les différentes cohortes afin que les gens puissent visualiser qu'ils entrent dans une cohorte. ▶ Si plusieurs types de cohortes sont créées, idéalement chaque TdeS devrait être dédié à une seule cohorte. ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés, ceux-ci devraient visiter en premier les utilisateurs sans tableau clinique compatible avec la COVID-19 et sans critères d'exposition, suivi des utilisateurs suspects de COVID-19 ou avec critères d'exposition puis des utilisateurs confirmés de COVID-19. ▶ Privilégier l'utilisation des chambres individuelles afin de diminuer la concentration de cas (principe de densité d'utilisateurs). ▶ Si deux cas suspects de COVID-19 ou deux cas asymptomatiques ayant des critères d'exposition sont hébergés dans la même chambre, maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les utilisateurs. Prévoir des équipements de soins dédiés ainsi qu'une salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle) pour chaque utilisateur. ▶ Dans une cohorte de cas suspects de COVID-19 ou une cohorte d'utilisateurs ayant des critères d'exposition, l'ÉPI complet doit être changé entre chaque utilisateur puisque leur statut infectieux est inconnu. ▶ Dans une cohorte, peu importe le type, le poste de garde doit être considéré comme un endroit non contaminé sauf en de rares exceptions. Avant d'y entrer, l'ÉPI complet doit être retiré et un nouveau masque médical doit être revêtu. ▶ Le surplus d'équipement de soins et de matériel partagé jugé non nécessaire devrait être retiré des cohortes. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). ▶ Pour les utilisateurs porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC) ou d'un autre agent pathogène transmissible (ex. : gastro-entérite, virus respiratoire syncytial (VRS), influenza), l'ÉPI doit être changé entre chaque utilisateur ou selon les directives locales de l'équipe de PCI.
---	---

Changement d'ÉPI dans les cohortes de cas confirmés de COVID-19

Les instances internationales ont des pratiques différentes quant aux changements d'ÉPI dans les cohortes de cas confirmés de COVID-19:

- ▶ Port prolongé de l'ÉPI complet dans les cohortes (Saskatchewan et Manitoba).
- ▶ Port prolongé du masque et de la protection oculaire avec changement des gants et de la blouse entre chaque chambre de la cohorte (ECDC, Royaume-Uni et Alberta).
- ▶ Changement entre chaque cas ou chambres (aucun port prolongé) des ÉPI au complet dans les cohortes (ASPC, OMS, CDC, Colombie-Britannique, Ontario et Australie).

Il n'y a pas de recommandations ou de données scientifiques démontrant qu'un choix de pratique est meilleure que l'autre. En l'absence de consensus dans la littérature et chez les experts, une évaluation du risque doit être faite localement en tenant compte du type de milieu, du type de clientèle, ainsi que de la nature et de la durée des contacts entre les TdeS et les usagers. Il faut aussi prendre en considération divers éléments tels que la formation donnée aux TdeS sur le port et le retrait de l'ÉPI, la configuration des lieux, les trajectoires de circulation, l'accès au matériel, les résultats des audits en lien avec les ÉPI (port et retrait) et la capacité du milieu à surveiller l'application rigoureuse des mesures en place (ex. : surveillance de la cohorte par agent de sécurité ou personnel médical).

Certaines études ont démontré que le SRAS-CoV-2 peut survivre un certain temps sur les ÉPI mais la transmission au TdeS du SRAS-CoV-2 par l'entremise des ÉPI contaminés n'a pas été documentée (Kasloff *et al.*, 2020).

Lors de la mise en place d'une cohorte de cas confirmés de COVID-19, le corridor associé à cette cohorte devrait préférablement être considéré comme un endroit non contaminé.

Si le corridor associé à la cohorte de cas confirmés de COVID-19 est considéré comme un endroit non contaminé, un changement complet de l'ÉPI à la sortie de chaque chambre est nécessaire. Il est possible de conserver la blouse, le masque et la protection oculaire, si non visiblement souillés, entre les usagers hébergés dans une même chambre. Changer de gants entre chaque usager et procéder à l'hygiène des mains.

Si le corridor associé à la cohorte de cas confirmés de COVID-19 est considéré comme un endroit possiblement contaminé, un changement complet de l'ÉPI à la sortie de chaque chambre est à privilégier. Toutefois, certaines situations particulières pourraient faire en sorte qu'une autre option soit utilisée, telle que le port prolongé de certains ÉPI. Une évaluation locale de la situation doit être réalisée en collaboration avec l'équipe de PCI.

NOTIONS DE ZONES

Dans le contexte de la COVID-19, le MSSS a émis des directives sur les modalités de mise en place et d'application du concept des zones (froide, tiède, chaude).

- ▶ Les définitions de zones relèvent du MSSS.

De façon générale, la création d'une zone chaude ou tiède se fait par le biais d'un regroupement (cohorte) d'usagers confirmés ou suspectés de COVID-19 dans un endroit dédié dans le milieu de soins.

Hygiène et salubrité	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référez à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité ▶ Référez à Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) -Type de précautions : gouttelettes-contact
Équipement de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour la désinfection des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins. ▶ Prévoir l'équipement de soins et le matériel dédiés pour chaque type de cohorte. <p>Si des équipements de soins et du matériel sont partagés entre différentes cohortes, un nettoyage et une désinfection doit être réalisé après chaque utilisation.</p>

Références

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*. Gouvernement du Canada. <http://publications.gc.ca/site/fra/9.642347/publication.html>

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

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>

Canadian nosocomial infection surveillance program. (2020, 28 avril). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention. (2021a, 16 février). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19)*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

Centers for disease control and prevention. (2021b, 10 septembre). *Interim infection prevention and control recommendations to prevent SARS-CoV-2 spread in nursing homes*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>

Centers for disease control and prevention. (2021c, 10 septembre). *Testing guidelines for nursing homes*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-testing.html>

Center for disease control and prevention. (2021c, 14 septembre). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Center for infectious disease research and policy. (2020, 9 mars). *Study highlights ease of spread of COVID-19 viruses*. <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, 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)

Chughtai, A.A., Stelzer-Braid, S., Rawlinson, W., Pointivio, G., Wang, Q. *et al.* (2019, 3 juin). Contamination by respiratory viruses on outer surface of medical masks used by hospital healthworkers. *BMC Infectious diseases*, 19(491). <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4109-x>

Chughtai, A.A., Chen, X., Macintyre, C.R. (2018, 17 juillet). Risk of self-contamination during doffing of personal protective equipment. *American Journal of Infection Control*, 46(12), 1329-1334. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.06.003>

Cogliati-Dezza, F.,Olivia, F., Cancelli, F., Sayelloni, S., Valeri, SA. *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>

Communicable diseases network Australia. (2020, 13 mars). *National guidelines for the prevention, control and public health management of COVID-19 outbreaks in residential care facilities in Australia*. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/03/coronavirus-covid-19-guidelines-for-outbreaks-in-residential-care-facilities.pdf>

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)

Emary, K., Golubchik, T., Aley, P., Ariani, C.V., Angus, B. *et al.* (2021, 30 mars). Efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine against SARS-CoV-2 VOC 202012/01 (B.1.1.7): an exploratory analysis of a randomised controlled trial. *The Lancet*, S0140-6736(21). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00628-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00628-0)

He, X., Lau, H.Y., Wu, P., Deng, X., Wang, J. *et al.* (2020, mai). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*, 26(5), 672-675. <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2021, 17 mai). *COVID-19 et anosmie sévère brutale et perte de goût sans obstruction nasale*. Québec. <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. (2020, 24 septembre). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf?fbclid=IwAR2WT-FlaxFMOrvFtqld_anXXQcKzCaJegrqLPb-30y6loJkJPkhS9Y0piw

Johns Hopkins center for health security. (2020, 2 février). Fecal-oral transmission. *Daily updates on the emerging novel coronavirus from the Johns Hopkins Center for Health Security*.

Kasloff, S. B., Strong, J. E., Funk, D., Cutts, T. (2020, 12 juin). Stability of Sars-CoV-2 on critical personal protective equipment. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2020.06.11.20128884>

Krein, S.L., Mayer, J., Harrod, M., Weston, L.E., Gregory L., *et al.* (2018, 1^{er} décembre). Identification and characterization of failures in infectious agent transmission precaution practices in hospitals: a qualitative study. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 178(8), 1016 -1022. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.1898>

Kujawski, S.A., Wong, K.K., Collins, J.P., Epstein, L., Midgley, C.M. *et al.* (2020, juin). Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nature medicine*, 26(6), 861-868. [10.1038/s41591-020-0877-5](https://doi.org/10.1038/s41591-020-0877-5)

Lopez-Bernal, J., Andrews, N., Gower, C., Robertson, C., Stowe, J., *et al.* (2021, 2 mars). Early effectiveness of COVID-19 vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine and ChAdOx1 adenovirus vector vaccine on symptomatic disease, hospitalisations and mortality in older adults in England. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>

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)

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)

Ministère des solidarités et de la santé de la République française. (2020a, 12 mai). *Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_consignes_services_psychiatrie.pdf

Ministère des solidarités et de la santé de la République française. (2020b). *Fiche établissements autorisés en psychiatrie*.

Mumma, J.M., Durso, F.T., Ferguson, A.N., Gipson, C.L., Casanova, L., *et al.* (2018, 15 mars). Human factors risk analyses of a doffing protocol for Ebola-level personal protective equipment: mapping errors to contamination. *Clinical Journal of Infectious Disease*, 66(6), 950-958. <https://doi.org/10.1093/cid/cix957>

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)

Ong, S. W., X., Tan, Y., K., Sutjipto, S., Chia, P., Y., Toung, B., E. *et al.* (2020, 26 mars). Absence of contamination of personal protective equipment (PPE) by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Infection control and Hospital Epidemiology*, 41(5), 614-616. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.91>

Organisation mondiale de la Santé. (2020a, 19 mars). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance.* [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. (2020b, 5 juin). *Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 : Orientations provisoires.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332448/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-fre.pdf

Popescu, S.V. (2020, 15 décembre). Swiss cheese model-how infection prevention really works. *Infection Control Today*, 25(1). <https://www.infectioncontrolday.com/view/wiss-cheese-model-how-infection-prevention-really-works>

Phan, L.T., Sweeney, D., Maita, D., Moritz, D.C., Bleadsdale, S.C., Jones, R.M. (2019, 31 octobre). Respiratory viruses on personal protective equipment and bodies of healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 40(12), 1356-1360. <https://doi.org/10.1017/ice.2019.298>

Romano-Bertrand, S., Aho-Glele L.S., Grandbastien, B., Gehanno, J.F., et Lepelletier, D. (2020, août). Sustainability of SARS-CoV-2 in aerosols: Should we worry about airborne transmission. *Journal of Hospital Infection*, 105(4), 601-603. [10.1016/j.jhin.2020.06.018](https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.06.018)

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>

Sehmi, P. et Cheruiyoy, I. (2020, 29 juin). Presence of live SARS-CoV-2 virus in feces of coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients: a rapid review. Prépublication. <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, 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., Giacini, 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>

Tomas, M. E., Kundrapu, S., Thota, P., Sunkesula, V., C., K., Cadnum, J., L. *et al.* (2015, 12 octobre). Contamination of health care personnel during removal of personal protective equipment. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 175(12), 1905-1910. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4535>

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>

Woelfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S, *et al.* (2020, mai). 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 CINQ
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

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

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec

Charles Frenette
Centre universitaire de santé McGill

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

Noémie Savard
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

REPRÉSENTANTE DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
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

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

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 4.1	2021-12-02	▶ Ajustement de la définition des critères d'exposition en fonction de l'apparition de nouveaux variants.
V 4.0	2021-11-18	▶ Ajout de précisions pour le secteur pédiatrique, ajouts et modifications de définitions, bonification de la définition d'éclosion, bonification de la section « Surveillance chez les usagers », mise à jour de l'information pour les usagers hospitalisés/hébergés ayant voyagés à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours, précision sur le port adéquat de la protection oculaire, changements et précisions de la section « Cohorte de cas sur une même unité de soins »
V 3.1	2021-06-01	▶ Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.
V 3.0	2021-05-13	▶ Ajouts et modifications des définitions, ajout de sections : vaccination TdeS, distanciation usagers et hygiène des usagers, bonification de sections : ÉPI, ventilation/climatisation, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères, refonte de la section Cohorte de cas sur une même unité de soins
V 2.0	2020-12-18	▶ Ajouts et modification des définitions, ajout de sections : port du masque chez l'utilisateur, port du masque chez le TdeS, équipement de soins et hygiène et salubrité (section cohorte de cas), bonification des recommandations d'hébergement lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant protection oculaire, ajout d'une recommandation sur la densité d'utilisateur confirmé COVID-19 dans une cohorte

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de réadaptation, ainsi que tous les autres milieux de soins ou de vie en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers

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

Direction des risques biologiques et de la santé du 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

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative

Direction des risques biologiques et de la santé du 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 (2021)

N° de publication : 3076

**Institut national
de santé publique**

Québec 