

COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

26 août 2020 - Version 5 : modifications apportées en jaune

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus pathogènes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SRAS-CoV-2.

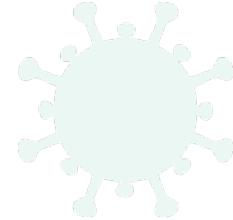
L'appellation SRAS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) est utilisée pour désigner ce nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour Coronavirus Disease 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

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

Cette fiche présente les mesures à appliquer dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que dans les autres milieux similaires (ex. : unité de soins de longue durée dans une résidence privée pour aînés (RPA)). Ces mesures s'inscrivent dans la continuité des mesures recommandées dans les milieux de soins aigus (soit les hôpitaux) et se veulent en cohérence avec celles-ci. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Ces mesures seront ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et les nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).

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



Mesures de prévention et contrôle des infections

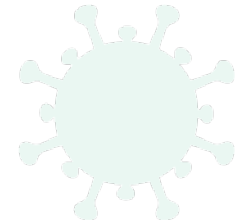
Ces mesures s'appliquent pour les centres ayant une mission d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et pour les autres ressources d'hébergement de ce type (ex. : unité de soins de longue durée dans une résidence privée pour aînés).

Pour les résidences privées pour aînés avec des logements, se référer au document *Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : Recommandations intérimaires*, disponible au [https://www.inspq.qc.ca/covid-19/ou-autres-directives-emises-par-le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec](https://www.inspq.qc.ca/covid-19/ou-autres-directives-emises-par-le-Ministere-de-la-Sante-et-des-Services-sociaux-du-Quebec).

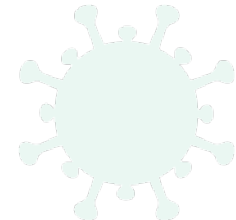
Informations sur le virus SRAS-CoV-2

Voir la fiche COVID-19 : *Caractéristiques épidémiologiques et cliniques* disponible au <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Surveillance	Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial, national et international : ▶ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et http://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c88e37cfc43b4ed3baf977d77e4a0667 ▶ Gouvernement du Canada : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html ▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees
Modes de transmission	▶ Il est reconnu par la majorité des organismes de santé publique que le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes et par contact (OMS, 2020a), habituellement dans un contexte de proximité et de durée prolongée (ex. : contacts familiaux). La transmission par voie aérienne en milieu de soins est présumée seulement lors de procédures générant des aérosols, ce qu'on appelle transmission aérienne opportuniste. Ceci suggère que le SRAS-CoV-2 ne se transmet pas par la voie aérienne lors de circonstances de soins usuelles, par opposition à la tuberculose par exemple, mais possiblement lors de procédures pouvant générer des aérosols infectieux (Romano-Bertrand S, <i>et al.</i>, 2020). ▶ La transmission peut aussi se faire via des objets contaminés à proximité immédiate de la personne infectée (OMS, 2020c) mais ce mode de transmission semble être de moindre importance. ▶ La littérature scientifique reconnaît la contribution des personnes asymptomatiques et présymptomatiques dans la transmission du SRAS-CoV-2. Les personnes présymptomatiques sont réputées développer des symptômes de 2 à 7 jours après qu'un test les ait identifiées SRAS-CoV-2 positif. ▶ Des études démontrent une possible transmission jusqu'à 2 à 3 jours avant l'apparition des symptômes (He, 2020). Il existe des personnes qui demeurent asymptomatiques sans développer de symptômes. La transmission du virus par des sujets infectés asymptomatiques est moins fréquente que la transmission par des sujets symptomatiques (OMS, 2020c). ▶ Bien que certaines études démontrent la présence de virus dans les selles, il n'y a pas d'évidence de transmission fécale-orale du SRAS-CoV-2 (Wolfel, 2020; Johns Hopkins, 2020, Sehmi, 2020).
Tableau clinique	Des informations sont disponibles aux https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ et https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/ et https://www.inspq.qc.ca/ et https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html



Définitions	
Cas aux fins de surveillance	La COVID-19 est sur la liste des <i>Maladies à déclaration obligatoire</i>. Se référer à la définition de cas au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/definition-nosologique-COVID-19-020-04-08.pdf 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).
Cas nosocomial	Cas nosocomial ▶ Lorsqu'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par PCR est identifié en milieu de soins peu importe la période depuis son admission. OU ▶ Cas confirmé par PCR au-delà de 14 jours (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission. Cas nosocomial suspect ▶ Cas confirmé par PCR survenant 7 jours et plus (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission jusqu'à la période maximale d'incubation du virus soit 14 jours. Cas non nosocomial ▶ Cas confirmé par PCR survenant moins de 7 jours (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission. Pour les cas asymptomatiques identifiés par PCR et suite à l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non. Note : le nombre de 7 jours a été choisi comme limite pour attribuer l'acquisition nosocomiale sur la base du CNISP, 2020.
Éclosion	▶ Deux cas (usagers, TdeS) nosocomiaux avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Alerte : Dès la présence d'un cas nosocomial dans l'installation, instaurer les interventions supplémentaires requises en présence d'une éclosion.
Fin d'éclosion	▶ L'éclosion est terminée 28 jours (correspond à la somme de deux périodes d'incubation du virus) après l'apparition des premiers symptômes chez le dernier cas (usagers ou TdeS) relié à l'éclosion sur l'unité. ▶ Si le dernier cas est asymptomatique, l'éclosion est terminée 28 jours après la date du dernier PCR positif (usagers ou TdeS) relié à l'éclosion sur l'unité.
Travailleurs de la santé (TdeS)	Toute personne : ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec la clientèle OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.



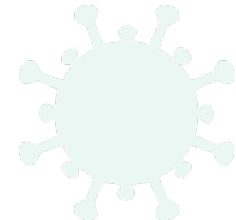
Pour les recommandations en lien avec le port du masque et de la protection oculaire, se référer aux directives ministérielles et aux documents suivants : *Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue* et *Port de la protection oculaire en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue* :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19>

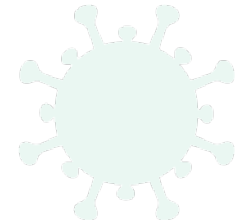
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3020-port-protection-oculaire-milieux-soins-covid19>

Mesures à appliquer à titre préventif et en tout temps

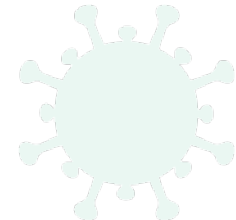
Pratiques de base	Renforcer l'application des pratiques de base pour tous les usagers.
Affichage	Renforcer l'affichage aux entrées de l'installation : ▶ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM). ▶ Afficher les consignes concernant le port du masque de procédure. ▶ Inscrire les restrictions pour les visiteurs et les personnes proches aidantes, s'il y a lieu.
Unité de soins	▶ Présence de distributeurs de solution hydroalcoolique (SHA) à la porte des chambres ou dans les chambres.
Visiteur et personne proche aidante	Se référer aux directives du MSSS https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/proches-aidants/ Lorsque les visites sont autorisées (ex. : raisons humanitaires), les visiteurs doivent recevoir l'information et suivre les consignes suivantes : ▶ Procéder à HDM dès leur entrée dans l'installation. ▶ Porter un masque de procédure (selon l'épidémiologie locale et régionale) dès leur entrée dans l'installation. ▶ Ne pas se présenter si présence de fièvre ou de toux ou d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : difficultés respiratoires ou anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie) et de contacter la ligne 1 877 644-4545 pour une évaluation par une autorité compétente. ▶ Se rendre directement à la chambre de l'usager. ▶ Appliquer les précautions additionnelles lorsque requises pour l'usager. Les personnes proches aidantes doivent avoir reçu une formation sur les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection individuelle requis (hygiène des mains, l'hygiène et l'étiquette respiratoires, mesures de distanciation physique, l'utilisation des ÉPI, etc.). L'installation doit assurer un triage des visiteurs et proches-aidant afin de s'assurer qu'aucun ne présente de la fièvre ou de la toux ou d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : difficulté respiratoire ou anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie), contact avec un cas de COVID-19 ou autres facteurs de risque comme un travail dans un milieu en éclosion ou un retour de voyage dans une zone à risque dans les 14 jours précédents. Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite pourrait être alors reportée.



Mesures à appliquer à titre préventif et en tout temps	
Usager	Afin d'identifier rapidement un cas : ▶ Implanter une surveillance au moins une fois par jour de la fièvre et des autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : anosmie subite, diarrhée sans autre cause connue, diminution de l'état général, etc.) requiert une évaluation clinique par une autorité compétente. ▶ Procéder à un prélèvement pour la recherche du SRAS-CoV-2 chez les usagers selon les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-02908-77_PJ_Annexe_Analyses-COVID-19-CHSLD_2020-05-04.pdf
Travailleurs de la santé (TdeS)	▶ Lors d'une transmission communautaire soutenue : Port du masque de procédure en milieux de soins si à moins de 2 mètres d'un usager ou d'un autre travailleur ou d'une autre personne. ▶ Le port de la protection oculaire est reconnu et recommandé comme pratique de base lors de soins à tous les usagers lorsqu'il y a risque de contact des liquides biologiques avec les muqueuses. Se référer au document : <i>Port de la protection oculaire en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/3020-port-protection-oculaire-milieux-soins-covid19 ▶ Rappeler aux TdeS de ne pas se présenter au travail si présence de fièvre ou de toux ou d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : difficultés respiratoires ou anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie). Le travailleur doit contacter la personne désignée par l'établissement (bureau de santé, supérieur immédiat, etc.) pour déterminer s'il peut se présenter ou non au travail. ▶ Évaluer avant chaque quart de travail si présence de fièvre ou de toux ou d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : difficultés respiratoires ou anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie) par une autorité compétente pour déterminer si le travailleur peut se présenter ou non au travail. Le travailleur doit être retiré immédiatement du milieu de travail en présence de ces symptômes et une évaluation par une autorité compétente est requise pour déterminer si le travailleur peut se présenter ou non au travail selon les procédures de l'établissement. ▶ Pour les travailleurs de retour d'un voyage hors Canada ou les contacts étroits d'un cas, se référer aux documents <i>Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19 et <i>Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19
Distanciation physique usager	Se référer aux directives du MSSS.
Distanciation physique TdeS	Se référer aux directives du MSSS.

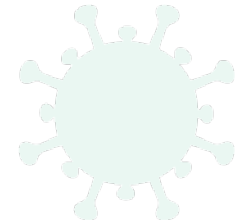


Mesures à appliquer en présence d'un <u>cas suspect ou confirmé</u>	
Port du masque chez l'utilisateur	Si l'utilisateur peut le tolérer et selon le type de soin donné, le port du masque de procédure est recommandé. Il est possible aussi pour l'utilisateur de se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou un linge propre.
Précautions additionnelles	Application des précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact avec protection oculaire dès l'entrée dans la chambre : ▶ Masque de procédure à usage unique. ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices ou masque avec visière intégrée). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▶ Blouse de protection à usage unique, à manches longues, non stérile, jetable ou lavable. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques ex. : vomissement. ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. ▶ Retirer l'ÉPI à la sortie de la chambre et procéder à l'HDM. Procédure pour le retrait disponible : document de l'ASSTSAS http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf ou de l'ASPC http://publications.gc.ca/site/fra/9.642347/publication.html (p188-189). S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps. Les ÉPI doivent être approuvés par Santé Canada. Dans le contexte de la COVID-19 et en présence d'une pénurie réelle ou appréhendée des équipements de protection individuelle, l'utilisation prolongée ou la réutilisation des blouses, des masques et des protections oculaires peut être considérées. Se référer aux documents disponibles sur le site Web de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19 https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19 https://www.inspq.qc.ca/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-covid19 Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'utilisateur.

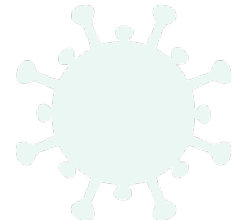


Mesures à appliquer en présence d'un cas suspect ou confirmé

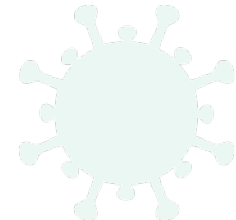
Rehaussement des précautions additionnelles lors d'IMGA	Si IMGA : application des précautions additionnelles de type aérienne/contact avec protection oculaire : ▶ Porter l'équipement de protection individuelle requis : respirateur N95, blouse (impermeable si risque de contact avec des liquides biologiques) gants et protection oculaire. Le respirateur N95 est requis pour la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA) classées à risque reconnu ou à risque possible. ▶ Pour consulter la liste des IMGA retenues suite aux recommandations de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉTMIS), se référer aux documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur le site Web de l'INSPQ au https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19 ▶ Les travailleurs de la santé devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour le respirateur N95 ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate. Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de ces IMGA : ▶ Procéder à ces interventions dans une chambre individuelle, avec la porte fermée (ou chambre à pression négative, si disponible dans l'installation). Il est important de rappeler que la chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre et ainsi, protéger les usagers et les travailleurs de la santé qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. Réévaluer les indications de soins au besoin ou voir si une alternative de soins est possible (ex. : pour les CPAP, BiPAP). ▶ Suite à une IMGA reconnue ou possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation de la chambre (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant d'entrer dans la pièce sans la protection respiratoire requise pour cette intervention. Si le nombre de changements d'air est inconnu, il est proposé d'appliquer la catégorie de deux changements d'air par heure donc une attente d'environ quatre heures est requise pour entrer dans la chambre sans protection respiratoire (on a ici considéré le minimum de changement d'air du tableau des normes canadiennes pour la tuberculose) (ASPC, 2014). L'écouvillonnage nasopharyngé n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme interventions à risque d'augmenter la transmission du SRAS-CoV-2.
Retrait de l'équipement de protection individuelle	Il est important d'éviter de contaminer les zones adjacentes à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'équipement de protection individuelle. ▶ Retirer l'ÉPI avant de sortir de la chambre. Les gants, la blouse, la protection oculaire et le masque de procédure doivent être retirés dans la chambre juste avant de sortir et jetés dans une poubelle sans contact dans la chambre. Maintenir une distance de deux mètres avec l'usager. Si un respirateur N95 est requis, le retirer et le jeter après être sorti de la chambre. Procédure pour le retrait disponible : document de l'ASSTSAS http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf ou de l'ASPC http://publications.qc.ca/site/fra/9.642347/publication.html (p188-189). ▶ Procéder à l'hygiène des mains aux moments requis. ▶ Lors d'un regroupement d'usagers en zone tiède, les ÉPI doivent être changés entre chaque usager puisque leur statut infectieux est inconnu. Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers. ▶ Lors d'un regroupement de cas en zone chaude, changer seulement les gants et procéder à l'hygiène des mains entre les usagers sauf si l'ÉPI est souillé.



Mesures à appliquer en présence d'un <u>cas suspect ou confirmé</u>	
Hébergement	▶ Chambre individuelle avec salle de toilette dédiée. ▶ Si l'utilisateur est en chambre multiple maintenir une séparation spatiale d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) et chaise d'aisance ou salle de bain dédiée dans l'attente du transfert en chambre individuelle. En présence d'IMGA, l'utilisateur doit être transféré immédiatement dans une chambre individuelle.
Hébergement temporaire, nouvelles admissions, retour d'hospitalisation	▶ Se référer aux directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/
Suivi de l'utilisateur	▶ Transfert vers l'hôpital selon les modalités prévues localement ou régionalement si l'état général le requiert et selon le niveau de soins indiqué au dossier de l'utilisateur.
Contacts étroits	Contacts étroits ▶ Définition : tout usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19 ou utilisation de la même salle de toilette, mais n'ayant pas de symptômes (si l'utilisateur présente des symptômes compatibles avec la COVID-19, il sera considéré comme un cas suspect). Les usagers présents sur une unité prothétique sont considérés comme étant des contacts étroits en présence d'un cas, car l'errance est un facteur de risque de transmission. ▶ Recherche des contacts étroits : ▶ Faire une recherche des contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'installation. ▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces contacts avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ou avec les cas confirmés. Prise en charge des usagers ▶ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes/contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19. Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, il faut poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition: cesser les précautions additionnelles requises. ▶ Les déplacements de l'utilisateur hors de sa chambre devraient être limités à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. ▶ Lors de ses déplacements, l'utilisateur doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre. ▶ L'utilisateur exposé doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires.



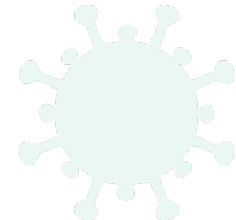
Mesures à appliquer en présence d'un <u>cas suspect ou confirmé</u>	
Contacts élargis	Contacts élargis ▶ Définition : tout usager ayant séjourné sur une unité de soins en éclosion de la COVID-19. Prise en charge des usagers ▶ Aucune précaution additionnelle requise, respecter les pratiques de base. ▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Envisager de poursuivre la surveillance des symptômes et la prise de température deux fois par jour pour tous les usagers de l'unité tant que l'éclosion est en cours. ▶ Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme pour les contacts étroits ainsi que les limitations de déplacement.
Prise en charge des travailleurs de la santé répondant à la définition d'exposition potentielle (contact)	Se référer aux documents suivants : <i>COVID-19 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19 <i>COVID-19 Recommandations pour la levée des mesures d'isolements des travailleurs de la santé</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19
Prélèvements et laboratoire	▶ Prélever les échantillons recommandés par le LSPQ ou le laboratoire de référence et les transmettre selon les modalités prescrites. Pour le LSPQ voir : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/coronavirus-sars-cov-2covid-19-detection-taan-sur-specimen-clinique ▶ Ne pas déplacer l'usager. Faire les prélèvements dans l'installation.
Manipulations des prélèvements	Pour la manipulation des spécimens, se référer aux procédures déterminées par l'établissement. À titre informatif : ▶ Décontaminer l'extérieur des tubes de prélèvements avec le désinfectant habituellement utilisé. ▶ Identifier les tubes. ▶ Placer les tubes dans un sac hermétique, imperméable et étanche. ▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté. ▶ Placer les tubes dans le contenant déterminé pour l'acheminement au laboratoire. ▶ Respecter les indications pour la conservation des spécimens. ▶ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination et que les pratiques de biosécurité appropriées (précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) sont appliquées lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.



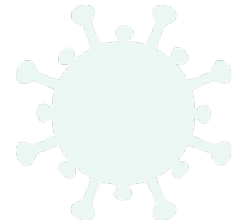
Mesures à appliquer en présence d'un <u>cas suspect ou confirmé</u>	
Durée des mesures*	Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue : ▶ L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles : Usagers avec maladie légère ou modérée ▶ Isolement pour 10 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Résolution des symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelle) Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Usagers avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) : ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Résolution des symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelle) Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Usagers avec immunosuppression (selon la définition de l'INESSS disponible au https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf) : ▶ Isolement pour 28 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Résolution des symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelle) Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement après 28 jours chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un usager pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de PCR négatifs entre le jour 21 et 28. Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises. Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat pour la recherche du SRAS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.

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

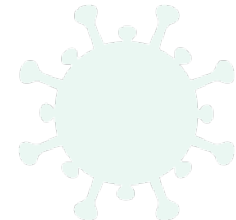
- ▶ La probabilité de retrouver du virus vivant ou répliquable diminue après l'apparition des symptômes et celui-ci n'a pas été retrouvé chez les usagers avec une maladie légère ou modérée après 10 jours suivant l'apparition des symptômes. (Wolfel, 2020; Arons, 2020; Bullard, 2020; Lu, 2020; CDC, 2020).
- ▶ Une étude qui présente le suivi des contacts des 100 premiers cas de COVID-19 confirmés à Taiwan n'a démontré aucun cas secondaire parmi les 852 contacts exposés six jours et plus après l'apparition des symptômes chez les cas index (Cheng *et al.*, 2020).
- ▶ Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours (Wolfel, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020; CDC, 2020).
- ▶ La détection de virus vivant a été documentée entre 10 et 20 jours après l'apparition des symptômes chez les usagers avec une maladie sévère et dans certains cas, chez des immunosupprimés. (van Kampen *et al.*, 2020).



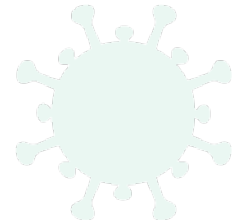
Mesures à appliquer en présence d'un <u>cas suspect ou confirmé</u>	
Hygiène et salubrité	Pour les installations associées à un CISSS ou CIUSSS, se référer aux protocoles de l'établissement ou du MSSS disponibles au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-control-des-infections/ Pour les autres établissements, il est important de : ▶ Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre (ou zone de soins) de l'usager pour l'entretien quotidien. ▶ 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 approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. Voir le site du gouvernement du Canada au https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/liste.html ▶ Ajuster la fréquence des entretiens selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc.
Équipements de soins	Désinfection entre chaque usager avec 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.
Lingerie	▶ Appliquer les procédures régulières de l'installation. ▶ Le lavage des vêtements, qui était fait par les familles, devra être fait par le CHSLD. ▶ Assurer l'approvisionnement adéquat en lingerie. ▶ Retirer les sacs contenant le linge souillé de la chambre lorsque plein ou à la fin du quart de travail selon les procédures locales. Le sac doit être bien fermé lors du transport. ▶ Le linge souillé ne doit pas être en contact avec le linge propre.
Entretien des vêtements du travailleur	Aucune mesure particulière ou supplémentaire que l'entretien régulier.
Gestion des déchets	▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). ▶ Vider régulièrement les poubelles.
Ventilation et climatisation	Se référer au document : <i>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</i> , disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/3011-climatiseurs-mobiles-ventilateurs-milieux-soin-covid19 .
Formation	Les travailleurs de la santé devraient avoir reçu une formation sur : ▶ L'identification d'un cas suspecté. ▶ Les précautions additionnelles requises. ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'équipement de protection individuelle.
Bénévoles	Se référer aux directives du MSSS.



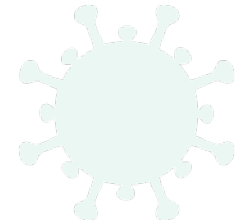
Mesures à appliquer en présence d'un <u>cas suspect ou confirmé</u>	
Activités sociales ou thérapeutiques	Se référer aux directives du MSSS.
Services extérieurs	Se référer aux directives du MSSS.
Stagiaires et étudiants	Se référer aux directives du MSSS et des maisons d'enseignement.
Manipulation des dépouilles	▶ Appliquer les pratiques de base et les précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que le nettoyage et la désinfection de la chambre soient effectués. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification (si présent) pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ Mettre la dépouille dans un linceul. Désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul en indiquant que la dépouille est COVID-19 positive avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▶ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : RCR), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la COVID-19 selon les modalités prévues localement ou régionalement. ▶ Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée par la suite et au document https://www.inspq.qc.ca/publications/2913-mesures-services-funeraires-covid19
Communication	S'assurer que toutes les informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle soient transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.
Suivi DSPublique	Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) pour la COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.



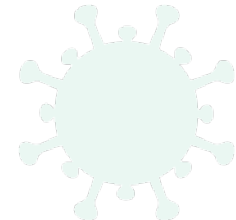
Mesures à ajouter <u>lors d'une éclosion</u>	
Coordination	▶ Instaurer une cellule de coordination (ex. : chef d'unité, conseillère PCI, responsable d'hygiène et salubrité de l'unité) sur l'unité touchée afin de s'assurer d'une communication efficiente pour implanter l'ensemble des mesures pour circonscrire rapidement l'éclosion. ▶ Activer le comité de gestion d'éclosion selon ce qui a été prévu localement. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins. ▶ Selon la configuration géographique ou l'ampleur de l'éclosion, appliquer l'isolement à l'unité ou à l'étage ou à l'installation.
Hébergement	Une évaluation des risques et des bénéfices devra être réalisée rapidement par le comité de gestion d'éclosion et la direction de l'installation afin de déterminer les meilleures modalités de gestion de l'éclosion. Les solutions pouvant être retenues suite à cette évaluation peuvent varier selon le milieu. Liste non exhaustive des points à considérer ▶ Taux de mortalité due au virus ▶ Dispersion des cas ▶ Nombre de cas ▶ Particularités de la clientèle ▶ Niveau de soins de l'ensemble des usagers de l'unité ▶ Désorganisation spatiale : Errance sur l'unité, risque d'aller dans une autre chambre que la sienne, etc. ▶ Désorganisation temporelle : aménagement de la chambre, lieu, objets personnels (photo, TV, meubles, décoration), changement de routine, etc. ▶ Désorganisation psychologique : stress, anxiété, agressivité, apathie, etc. ▶ Etc. Options possibles 1) <i>Regroupement (cohorte) des usagers par zone : chaude, tiède et froide</i> Instaurer un regroupement (cohorte) selon les directives du MSSS (unité dédiée, regroupement de cas dans une salle, zone froide (cas non COVID-19), tiède (cas suspects) et chaude (cas confirmés). Se référer aux directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/) ▶ Bien délimiter les zones froides, tièdes et chaudes (ex. : séparation spatiale (porte, paravent, etc.), utilisation des couleurs rouge, jaune ou verte pour afficher les zones, affiches, etc.). ▶ Dans l'attente d'une réorganisation de l'unité afin de réaménager de façon sécuritaire le milieu de vie (désinfection des chambres, réaménagement des chambres, etc.) : ▶ Maintenir l'utilisateur dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée. ▶ Si l'utilisateur est en chambre multiple et qu'il est impossible de le transférer dans une chambre individuelle immédiatement : maintenir une séparation spatiale d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) dans l'attente du transfert en chambre individuelle. En présence d'IMGA, l'utilisateur doit être transféré immédiatement dans une chambre individuelle.



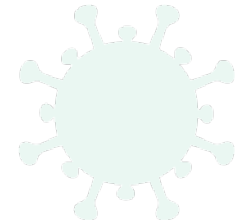
Mesures à ajouter lors d'une éclosion	
Hébergement	2) <i>Isolement à la chambre</i> ▶ La zone chaude sera la chambre de l'usager confirmé pour la COVID-19. Les équipements de protection (blouse, gants, masque de procédure, protection oculaire) sont requis à l'entrée de ces chambres. Changer seulement les gants et procéder à l'hygiène des mains entre les usagers sauf si l'ÉPI est souillé. ▶ La zone tiède sera la chambre de l'usager suspect pour la COVID-19. Les équipements de protection (blouse, gants, masque de procédure, protection oculaire) sont requis à l'entrée de ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque le statut infectieux est inconnu. ▶ La zone froide sera la chambre de l'usager sans la COVID-19. Le port du masque de procédure est requis par le travailleur de la santé lorsqu'il est à moins de 2 mètres d'un usager. ▶ Maintenir l'usager dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée. ▶ Bien identifier les chambres ex. : affiche, code de couleurs, etc. ▶ Si l'usager est en chambre multiple et qu'il est impossible de le transférer dans une chambre individuelle : maintenir une séparation spatiale d'au moins 2 mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) dans l'attente du transfert en chambre individuelle. En présence d'IMGA, l'usager doit être transféré immédiatement dans une chambre individuelle. 3) <i>Isolement inversé</i> Si la majorité des cas qui se retrouvent sur une unité sont COVID-19 positifs et ne peuvent suivre les consignes de demeurer dans leur chambre (cas d'errance), il est possible de considérer comme une mesure alternative de PCI, d'appliquer les précautions additionnelles de contact pour les cas COVID-19 négatifs et de restreindre ces usagers non infectés à leur chambre afin de diminuer le risque qu'ils soient contaminés. Les consignes suivantes s'appliquent, quelles que soient les modalités (regroupement dans des zones ou isolement à la chambre) choisies par l'établissement : ▶ Attitrer des travailleurs de la santé aux personnes atteintes (équipes dédiées). ▶ Cibler des travailleurs pour favoriser l'HDM des usagers et procéder à la désinfection des surfaces touchées par l'usager. ▶ Assurer une surveillance quotidienne des signes et symptômes cliniques de la COVID-19 pour tous les usagers et les travailleurs de la santé. ▶ Considérer des mesures alternatives pour diminuer le risque de contamination par les usagers ne pouvant être confinés à leur chambre : ex. : faire porter un masque par l'usager hors de sa chambre si toléré, éviter les contacts rapprochés à moins de 2 mètres entre les usagers, utilisation de mesures de contention selon les protocoles locaux ou les directives ministérielles.
Distanciation physique usager	▶ Annuler toutes les activités de groupe si requis. ▶ Maintenir une distance d'au moins deux mètres entre les usagers lors des sorties hors de leur chambre. ▶ Éliminer les repas en groupe si requis ou favoriser la distanciation spatiale (ex. : limiter l'occupation de la salle à manger à 50 % de la capacité avec une distanciation d'au moins deux mètres entre les usagers).
Distanciation physique TdeS	▶ Prioritairement, maintenir une distance minimale de deux mètres avec les autres travailleurs (sur l'unité, au poste, lors des repas, lors des réunions, à l'extérieur, lors des pauses, etc.). Lorsque ceci est impossible, le port du masque est requis.



Mesures à ajouter lors d'une éclosion	
Travailleurs	▶ Si regroupement de cas (cohorte) ou plusieurs cas sur l'unité, prévoir une équipe dédiée et formée aux meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections, pour travailler de façon exclusive auprès de ces cas. Ceci permettra une utilisation efficace des équipements de protection individuelle (ÉPI). ▶ Si isolement en chambre individuelle, prévoir que les travailleurs sont assignés à des chambres « zones chaudes » ou « zones froides » afin de limiter les possibilités de transmissions et permettre une utilisation efficace des équipements de protection individuelle (ÉPI). ▶ Rehausser le nombre de travailleurs dans l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de prévention et contrôle. Ceci inclut les préposés et les travailleurs attitrés à l'hygiène et à la salubrité. ▶ Assurer la présence uniquement des travailleurs de la santé nécessaire au fonctionnement de l'unité. ▶ Ne pas autoriser la mobilité des TdeS entre les unités ou les installations lorsque ces derniers proviennent d'une unité où il y a de la transmission entre les TdeS et cela jusqu'à 14 jours sans transmission. ▶ Ne pas autoriser le déplacement de travailleurs de la santé (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) entre les unités de soins pour un même quart de travail. Stabiliser les équipes de soins pour éviter le déplacement des travailleurs de la santé entre les unités de soins ou les installations. ▶ Pour les TdeS (ex. : médecins, diététiste, etc.) devant se déplacer sur plusieurs unités dans l'installation, débiter par les zones froides puis tièdes et chaudes. ▶ Retirer immédiatement du milieu de travail toute personne qui se présente avec de la fièvre ou de la toux ou des symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : difficultés respiratoires ou anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie). Procéder à un test de diagnostic de la COVID-19. Une évaluation par une autorité compétente est requise pour déterminer si le travailleur peut se présenter ou non au travail selon les procédures de l'établissement.
Usagers	En l'absence de zones (chaude, tiède et froide) et selon l'épidémiologie, les recommandations locales ou les directives du MSSS : ▶ Confinement à la chambre. ▶ Repas à la chambre. ▶ Ne pas permettre le déplacement d'usagers entre les unités.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, mesures en hygiène et salubrité, respect des zones, nettoyage et désinfection des équipements de soins entre usagers, etc.).
Hygiène et salubrité	Augmenter la fréquence des entretiens selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc.
Équipement de soins	▶ Équipement de soins et matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité. ▶ Nettoyer et désinfecter quotidiennement les équipements (ex. : glucomètre, thermomètre, etc.) en circulation sur l'unité en éclosion, en plus de la désinfection entre chaque usager si l'équipement doit être partagé. Désigner un travailleur pour cette tâche.



Mesures à ajouter lors d'une éclosion	
Prélèvements	Se référer aux directives du MSSS disponibles au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-02908-77_PJ_Annexe_Analyses-COVID-19-CHSLD_2020-05-04.pdf Selon la situation locale, lorsque l'éclosion est confirmée par plusieurs tests, il n'est pas obligatoire d'effectuer des tests supplémentaires pour confirmer un cas (voir directives du MSSS) sauf si : ▶ Présence de symptômes non typiques de la COVID-19. ▶ Déplacement d'un cas dans une autre zone. ▶ Nouvelle unité touchée. ▶ Aucun lien épidémiologique identifié entre les cas. ▶ Circulation d'autres virus respiratoires (voir les virus en circulation selon la période, la région, etc.).
Fin d'éclosion	
Fin de l'éclosion	▶ L'éclosion est terminée 28 jours (correspond à la somme de deux périodes d'incubation du virus) après l'apparition des premiers symptômes chez le dernier cas (usagers ou TdeS) relié à l'éclosion sur l'unité. ▶ Si le dernier cas est asymptomatique, l'éclosion est terminée 28 jours après la date du dernier PCR positif (usagers ou TdeS) relié à l'éclosion sur l'unité.
Hygiène et salubrité	▶ Nettoyer et désinfecter tous les objets de l'unité touchés et manipulés incluant le matériel médical (appareils multiparamétriques, lève-personne, matériel électronique et informatique, etc.) avant la réouverture de l'unité. Désigner une personne responsable de cette tâche. ▶ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste des infirmières et des médecins, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.). ▶ Nettoyer et désinfecter les chambres de l'unité non nettoyées et désinfectées lors de la cessation des précautions additionnelles ou au départ d'un usager. ▶ Pour les installations associées à un CISSS ou CIUSSS, se référer aux protocoles de l'établissement ou du MSSS disponibles au https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-237W.pdf
Direction de la santé publique (DSPu)	▶ Signaler la fin de l'éclosion en fonction des modalités régionales établies. ▶ La DSPublique transmet les informations requises au niveau provincial.
Suivi et bilan	▶ Poursuivre la surveillance active de nouveaux cas chez les usagers et les travailleurs de la santé pour la période d'activité de la COVID-19. ▶ Effectuer un retour en comité de gestion d'éclosion afin d'identifier les interventions positives et les opportunités d'amélioration et d'évaluer le processus de gestion. ▶ Élaborer un rapport de l'éclosion : ▶ L'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'établissement. ▶ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.



Références

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

Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*. Agence de la santé publique du Canada, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. P.184. Repéré au : <http://publications.gc.ca/site/fra/9.642347/publication.html>

Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*. Repéré au : <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa638/5842165>

Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). (2020). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. Version 2020-04-28. P.4. Repéré au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-06-30. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Preparing for COVID-19 in Nursing Homes*. Version 2020-05-19. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Testing Guidelines for Nursing Homes*. Version 2020-06-13. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-testing.html>

Center for disease control and prevention (CDC), (2020). *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19*. Version 2020-07-22. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Communicable Diseases Network Australia (CDNA). (2020). *National Guidelines for the Prevention, Control and Public Health Management of COVID-19 Outbreaks in Residential Care Facilities in Australia*. Version 2020-03-13. Repéré au : <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/03/coronavirus-covid-19-guidelines-for-outbreaks-in-residential-care-facilities.pdf>

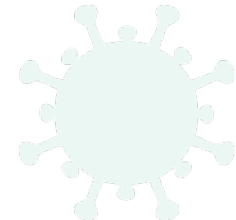
Center for infectious disease research and policy (CIDRAP). (2020). *Study highlights ease of spread of COVID-19 viruses*. Repéré au : <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/03/study-highlights-ease-spread-covid-19-viruses>

Cheng, H.W., Jian, S.W., Liu, D.P., Ng, T.C., Huang, W.T., *et al.* (2020). Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

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

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et anosmie sévère brutale et perte de goût sans obstruction nasale*. Québec. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/anosmie-perde-de-gout-obstruction-nasale-mise-a-jour-completee-01-04-2020.html>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/personnes-immunosupprimees-mise-a-jour-completee-07-05-2020.html>



Johns Hopkins center for health security. (2020). Fecal-oral transmission. *Daily updates on the emerging novel coronavirus from the Johns Hopkins Center for Health Security*, revue du 2020-02-02.

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

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

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2020). *Consignes pour les CHSLD*. Version 2020-03-21.

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

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

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

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

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

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

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

COVID-19

Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée et autres ressources pour aînés

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTRICE

Suzanne Leroux
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Leroux
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2910