

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

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

7 décembre 2022 – version 7.1. Modifications apportées en jaune

Préambule

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

Ce document présente les recommandations de prévention et contrôle des infections (PCI) **particulières** à appliquer pour l'évaluation et la prise en charge des usagers dialysés spécifiquement dans les unités ambulatoires d'hémodialyse (cliniques ambulatoires en milieu de soins de courte durée ou autres, cliniques mobiles ou autres unités de dialyse non traditionnelles) et ce, peu importe leur provenance. Une évaluation des risques et des bénéfices devra être réalisée par le service d'hémodialyse et le service de PCI pour déterminer les *mesures à instaurer*. ***Ces mesures peuvent être ajustées à l'aide des autres documents disponibles, tels que [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en milieux en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale](#) et [SRAS-CoV-2 : Principes généraux de prévention et contrôle des infections en période de circulation du SRAS-CoV-2](#).***

Ces recommandations sont basées sur les connaissances scientifiques actuelles, les recommandations de nombreuses organisations (voir section Méthodologie) et sont révisées de façon continue. Certaines recommandations découlent également d'un consensus des experts du CINQ. Plus globalement, la démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et ce, tout en assurant la sécurité de la population.

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

Ce document doit être consulté de façon complémentaire [aux autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec \(INSPQ\)](#).

Principales modifications

Uniformisation de la terminologie avec les autres documents PCI.

Méthodologie

Les recommandations présentées dans ce document sont établies d'abord en fonction de la littérature scientifique publiée. Une attention particulière est accordée à la qualité de celle-ci, notamment en fonction d'une révision par les pairs avant publication. L'accès à cette littérature se fait, entre autres, via la veille scientifique produite par l'INSPQ depuis le début de la pandémie, ainsi que par des recherches documentaires plus ciblées sur des points précis.

La révision régulière des recommandations publiées par les instances internationales (voir tableau ci-dessous) permet de suivre en continu l'évolution des recommandations pour les mesures de PCI dans les milieux de soins en dehors du Québec. Cette comparaison permet de maintenir les mesures en concordance avec les orientations internationales.

Enfin, les mesures qui ne sont pas appuyées par la littérature scientifique ou dont l'application est divergente ou non précisée dans les recommandations des instances internationales sont discutées avec les membres du CINQ afin d'établir un consensus d'experts sur la question.

Les recommandations sont révisées en continu en fonction de l'évolution de l'épidémiologie, de la littérature scientifique et des recommandations des instances internationales.

Les sections contenant le symbole suivant  contiennent un lien vers un complément d'information dans le document [*SRAS-CoV-2 : Assises scientifiques soutenant les recommandations sur les mesures de prévention et contrôle des infections.*](#)

Instances consultées pour ce document

ASPC	Agence de santé publique du Canada
BCCDC	British Columbia Centers for disease control
CDC	Centers for disease control and prevention
OMS	Organisation mondiale de la santé
RU	UK Health security Agency (Royaume-Uni)
PHO	Public Health Ontario
Swissnoso	Centre national de prévention des infections (Suisse)

Mesures de prévention et contrôle des infections à appliquer en présence de cas suspectés ou de cas de COVID-19

Horaire de traitement	Modifier les horaires de traitement lorsque possible afin de regrouper les cas suspectés ou les cas de COVID-19 les mêmes journées, sur les mêmes quarts de travail ou les placer à la fin de la journée.
Pratiques de base	Il faut prêter une attention particulière au respect de : ► L'hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les usagers, les TdeS, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes. Se référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains. ► Le TdeS doit assister l'utilisateur pour procéder à l'HDM au besoin. ► L'hygiène et étiquette respiratoires. Se référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires. ► L'hygiène et salubrité de l'environnement selon les procédures de l'installation 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 accompagnateurs et des personnes proches aidantes. Se référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : gestion des visiteurs. S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) requis en tout temps et de poubelles adaptées au milieu où elles se trouvent. ► Informations supplémentaires pour les ÉPI, se référer à : ► Section Équipements de protection individuelle ► Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle.
Surveillance des usagers	Afin d'identifier rapidement un cas : ► Exercer une vigilance sur l'apparition de 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 des usagers post-vaccination COVID-19 Si l'utilisateur présente les symptômes suivants post-vaccination : ► Un des symptômes suivants : fièvre, anosmie, agueusie, mal de gorge, toux (nouvelle ou aggravée), essoufflement, dyspnée - OU ► Deux des symptômes suivants : céphalée, fatigue intense, perte d'appétit importante, rhinorrhée ou congestion nasale de cause inconnue, myalgie, nausées ou vomissements, douleur abdominale ou diarrhée. Effectuer un test TAAN et isoler l'utilisateur en attendant les résultats.

Accueil et triage	▶ Dès leur arrivée, les usagers doivent se diriger, vers l'unité d'hémodialyse. Idéalement avoir un accès dédié. ▶ Aviser les usagers d'appeler à l'avance pour signaler la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ou la présence d'un ou des critères d'exposition afin que l'installation puisse être préparée à leur arrivée. Si non fait, l'utilisateur doit aviser le personnel de la présence de ces symptômes ou d'un ou des critères d'exposition dès son arrivée dans l'installation. L'installation peut aussi faire un appel téléphonique, la veille de chaque visite, afin d'évaluer la situation de l'utilisateur.
Port du masque usager	Le port du masque minimalement certifié par la norme ASTM (American Society for Testing and Materials) niveau 1 est recommandé en tout temps dans la salle de traitement pour l'utilisateur si la configuration des lieux ne permet pas le respect de la distanciation physique de deux mètres (ex. : absence de rideaux séparateurs ou de paroi de plexiglass entre les usagers). Des exclusions demeurent possibles (ex. : usager ne tolérant pas le port du masque, interférence avec les soins). Se référer à SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins.
Transport des usagers	Prévoir un transporteur distinct pour les usagers qui sont des cas de COVID-19 ainsi que pour ceux suspectés de COVID-19.
Salle de traitement	▶ Dans les salles d'attente et de traitement, mettre en place une distanciation physique de deux mètres entre les usagers. Si impossible, s'assurer de la présence d'une barrière physique. ▶ Les fournitures suivantes : poubelle et solution hydroalcoolique doivent être placées près de chaque fauteuil et appareil d'hémodialyse pour assurer le respect de l'hygiène des mains et de l'hygiène et étiquette respiratoires.
Précautions additionnelles	Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 sans IMGA ou IMGA à risque non documenté. Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (se référer à SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale section Interventions médicales générant des aérosols). Précautions additionnelles gouttelettes-contact ▶ Usager asymptomatique avec un ou des critères d'exposition dans les 10 derniers jours (se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins) ▶ Usager ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire. Particularités pour usagers ayant eu un test de détection antigénique rapide (TDAR) + ▶ Pour les usagers ayant eu un TDAR +, se référer à SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale annexe Gestion d'un usager avec TDAR + lors de l'admission en milieux de soins.

Durée des précautions additionnelles ⓘ	1. Usagers avec maladie légère ou modérée : ▶ Isolement pour 10 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. 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) : ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. 3. Usagers avec immunosuppression (Se 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. 3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère ▶ Isolement pour 14 jours avec deux TDAR** négatifs à intervalle de 24 heures ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 3.2 Usagers avec immunosuppression sévère (Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie). L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR** à intervalle de 24 heures, afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement. L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)*. Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 de l'usager est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (ex. : Décadron et Tocilizumab) est aussi à évaluer par l'équipe traitante (Cogliati <i>et al.</i>, 2021).
--	--

	Dans le contexte exceptionnel où il est médicalement impossible de déterminer le niveau d'immunosuppression, la stratégie suivante pourrait être considérée afin de cesser l'isolement : ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) ET ▶ Deux résultats de TDAR** négatifs, sur un écouvillon nasopharyngé ou des expectorations à intervalle de 24 heures. Les résultats doivent être interprétés par une autorité compétente. Particularités pour usagers avec suspicion de rebond de COVID-19 Lorsqu'une possibilité de rebond de COVID-19 chez l'utilisateur est suspectée par le clinicien, les précautions additionnelles doivent être réinstaurées. La durée des mesures de précautions additionnelles, en utilisant soit la date du nouveau test positif, soit la date de recrudescence des symptômes, est la même que pour un épisode initial.
Équipements de protection individuelle	<u>Équipements de protection individuelle requis sans IMGA et avec IMGA à risque non documenté de transmission d'aérosols infectieux</u> ▶ 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. Se référer à SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieu de soins. ▶ Protection oculaire à usage unique ou réutilisable (écran facial ou lunettes protectrices). Se référer à COVID-19 : Choix d'une protection oculaire. ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. <u>Équipements de protection individuelle requis avec IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux</u> ▶ 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 TdS 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). Se référer à COVID-19 : Choix d'une protection oculaire. ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.
Après le traitement	À la fin du traitement, les usagers ne doivent pas attendre dans les aires communes à l'entrée de l'installation. Ils doivent quitter l'unité d'hémodialyse uniquement lorsque leur transport est prêt à les accueillir. Sinon, avoir une salle d'attente réservée lorsque possible.

* 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.

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

Transfert interétablissement	Si l'utilisateur provient d'une autre installation (CHSLD, RPA, RI, etc.), le service d'hémodialyse doit être avisé si l'utilisateur est un cas suspecté ou un cas de COVID-19 ou s'il présente un ou des critères d'exposition. Se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins.
Accompagnateurs et personnes proches aidantes	▶ Référer aux directives ministérielles. ▶ Informer l'accompagnateur ou la personne proche aidante sur les risques et les former sur les mesures de PCI recommandées. ▶ L'accompagnateur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation, pendant toute la durée de la visite. En cas de non-respect des mesures de PCI, la procédure locale sera appliquée pour s'assurer du respect de ces mesures. ▶ La personne proche aidante doit demeurer avec l'utilisateur en tout temps. Elle ne doit pas circuler dans l'installation. Lorsque les soins nécessitent qu'elle quitte le chevet, elle devra être dirigée vers la salle d'attente.
Hygiène et salubrité	▶ Se référer aux protocoles de l'installation ou du MSSS disponibles au https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002709/ ▶ Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada.
Équipements de soins et aides techniques	Désinfecter entre chaque usager et avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada.
Principes de cohorte	▶ Tenter de maintenir le plus possible la fonctionnalité du service d'hémodialyse. Évaluer localement, en collaboration avec l'équipe de PCI, la pertinence de mettre en place des cohortes selon l'épidémiologie locale et les caractéristiques spécifiques aux usagers traités. ▶ Si plusieurs types de cohortes sont créées, idéalement chaque TdeS devrait être dédié à une seule cohorte. ▶ Voir, si possible, les cas suspectés et les cas de COVID-19 en dernier. Cohorte de cas de COVID-19 Si non disponible : ▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres entre les usagers qui sont des cas de COVID-19 et les autres usagers. Si impossible dû à la configuration des lieux, installer une barrière physique. ▶ Privilégier un poste d'hémodialyse de fin de rangée, à l'écart de la circulation principale. Cohorte de cas suspectés de COVID-19 ou Cohorte d'usagers asymptomatiques avec un ou des critères d'exposition Si possible, placer l'utilisateur dans une pièce individuelle ou un cubicule. Si non disponible : ▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres entre les usagers suspectés de COVID-19 ou les usagers asymptomatiques avec un ou des critères d'expositions et les autres usagers. Si impossible dû à la configuration des lieux, installer une barrière physique. ▶ Privilégier un poste d'hémodialyse de fin de rangée, à l'écart de la circulation principale. Cohorte d'usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition Appliquer la méthode de soins usuelle.

Références

- Aguinaga, L., Ursu, R., Legoff, J., Delauguerre, C., Nguyen, O., *et al.* (2020, 31 septembre). Prolonged positive SARS-CoV-2 RT-PCR in cancer outpatients requires specific reorganization of cancer centres. *Annals of Oncology*, 31(4). <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.08.1785>
- Arons, M.M., Hatfield, K.M., Reddy, S.C., Kimball, A., James, A. *et al.* (2020, 28 mai). Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England Journal of Medicine*, 382, 2081-2090. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457>
- Benotmane, I., Gautier-Vargas, G., Wendling, M.-J., Perrin, P., Velay, A., *et al.* (2020, 12 septembre). In-depth virological assessment of kidney transplant recipients with COVID-19. *American Journal of Transplantation*, 20, 3162-3172. [10.1111/ajt.16251](https://doi.org/10.1111/ajt.16251)
- British Columbia renal provincial health services authority. (2021, 27 septembre). *Guideline: novel coronavirus (COVID-19) for hemodialysis outpatients* http://www.bcrenal.ca/resource-gallery/Documents/COVID-19_Guideline_for_Hemodialysis_Programs.pdf
- Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020, 15 novembre). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*, 71(10), 2663-2666. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>
- Centers for disease control and prevention. (2022, 31 août). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
- Cheng, H.W., Jian, S.W., Liu, D.P., Ng, T.C., Huang, W.T., *et al.* (2020, 1^{er} mai). Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 180(9), 1156-1163. [10.1001/jamainternmed.2020.2020](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2020)
- Cogliati-Dezza, F., Olivia, F., Cancelli, F., Sayelloni, S., Valeri, S.A. *et al.* (2021, 12 février). Determinants of prolonged viral RNA shedding in hospitalized patients with SARS-CoV-2 infection. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 100(2), 115347. <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2021.115347>
- Currie, D.W., Shah, M.M., Salvatore, P.P., Ford, L., Whaley, M.J. *et al.* (2022, 2 février). Relationship of SRAS-CoV-2 antigen and reverse transcription PCR positivity for viral cultures. *Emerging Infectious Diseases*, 28(3), 717-720. <https://doi.org/10.3201/eid2803.211747>
- Di Ciaccio, P., McCaughan, G., Trotman, J., Ho P. J., Y Cheah, C. *et al.* (2020, 15 mai). Australian and New Zealand consensus statement on the management of lymphoma, chronic lymphocytic leukaemia and myeloma during the COVID-19 pandemic. *Internal Medicine Journal*, 50(6), 667-679. [10.1111/imj.14859](https://doi.org/10.1111/imj.14859)
- Kohmer, N., Toptan, T., Pallas, C., Karaca, O., Pfeiffer, A., *et al.* (2021, janvier). The comparative clinical performance of four SARS-CoV-2 rapid antigen tests and their correlation to infectivity In vitro. *Journal of clinical medicine*, 10, 328. <https://doi.org/10.3390/jcm10020328>
- Lu, J., Peng, J., Xiong, Q., Liu, Z., Lin, H., *et al.* (2020, 24 août). Clinical, immunological and virological characterization of COVID-19 patients that test re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. *EBio Medicine*, 59(102960). [10.1016/j.ebiom.2020.102960](https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102960)
- McKay, S.L., Tobolowsky, F.A., Moritz, E.D., Hatfield, K.M., Bhatnagar, A., *et al.* (2021, juillet). CDC Infection prevention and control team and the CDC COVID-19 surge laboratory group. Performance evaluation of serial SARS-CoV-2 rapid antigen testing during a nursing home outbreak. *Annals of internal medicine*, 174, 945-951. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>
- Mermel, L. A. (2020, septembre). Respiratory protection for healthcare workers caring for COVID-19 patients. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 41(9), 1064-1065. [10.1017/ice.2020.175](https://doi.org/10.1017/ice.2020.175)
- Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C.-G., *et al.* (2020, septembre). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*, 5(9), 475-483. [10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)

- Santé publique Ontario. (2021, 21 février). *Factors affecting COVID-19 period of communicability – What we know so far*. <https://www.publichealthontario.ca/en/diseases-and-conditions/infectious-diseases/respiratory-diseases/novel-coronavirus/what-we-know>
- Seidelman, J. L., Lewis, S. S., Advani, S. D., Akinboyo, I. C., Epling, C., *et al.* (2020, 25 juin). Universal masking is an effective strategy to flatten the severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) healthcare worker epidemiologic curve. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 41(12), 1466-1467. [10.1017/ice.2020.313](https://doi.org/10.1017/ice.2020.313)
- Thompson, E.R., Williams, F.S., 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>
- Van Kampen, J., van de Vijver, D., Fraaij, P., Haagmans, B., Lamers, M., *et al.* (2021, 11 janvier). Shedding of infectious virus in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19): duration and key determinants. *Nature communications*, 267. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>
- Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S, *et al.* (2020, 1^{er} avril). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. *Nature*, 581(7809), 465-469. [10.1038/s41586-020-2196-x](https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x)
- Wu, Y., Chen, W., Li, W., Zhao, M., Wei, Q., *et al.* (2020, 25 août). Clinical characteristics, therapeutic management, and prognostic factors of adult COVID-19 inpatients with hematological malignancies. *Leukemia and Lymphoma*, 61(14), 3440-3450. <https://doi.org/10.1080/10428194.2020.1808204>
- Xiao, F., Sun, J., Xu, Y., Li, F., Huang, X., *et al.* (2020, 28 août). Infectious SARS-CoV-2 in feces of patient with severe COVID-19. *Emerging Infectious Disease*, 26(8), 10. [10.3201/eid2608.200681](https://doi.org/10.3201/eid2608.200681)
- Zhang, X. S. et Duchaine, C. (2020, 28 octobre). SARS-CoV-2 and health care worker protection in low-risk settings: a review of modes of transmission and a novel airborne model involving inhalable particles. *Clinical Microbiology Review*, 34(1), 1-29. [10.1128/CMR.00184-20](https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20)

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 7.1	2022-12-07	► Uniformisation de la terminologie avec les autres documents PCI.
V 7.0	2022-03-28	► Modification durée des mesures usagers avec immunosuppression. ► Modification de cas confirmés de COVID-19 pour cas de COVID-19.
V 6.1	2021-12-02	► Ajustement de la définition des critères d'exposition en fonction de l'apparition de nouveaux variants.
V 6.0	2021-11-18	► Ajouts et bonification de libellées dans l'ensemble du document : bonification des définitions des différents types de cohortes, précision sur le port adéquat de la protection oculaire, ajout de précisions sur les critères d'exposition.
V 5.1	2021-06-01	► Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.
V 5.0	2021-05-13	► Précisions sur les différentes zones : chaudes, tièdes, froides, bonification de la section ÉPI, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères.
V 4.0	2020-01-12	► Uniformisation de la terminologie avec autres documents PCI, réorganisation de la section « contexte », précision sur le port du masque médical par l'usager dialysé.

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

Chantal Richard, secrétaire du CINQ
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Stéphane Caron
Direction de la santé environnementale, au travail et de la
toxicologie
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
Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

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

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques
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
Institut national de santé publique du Québec

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

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION

Natasha Parisien, chef de secteur scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

AVEC LA COLLABORATION DE

Josiane Charest, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 2980

**Institut national
de santé publique**

Québec 