

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour la gestion des éclosions en milieux de soins

AVIS INTÉRIMAIRE

À noter que cet avis porte sur les évidences scientifiques disponibles en date dudit avis
6 octobre 2020 – Version 1.1

Lorsqu'un cas de COVID-19 est suspecté ou confirmé chez un travailleur de la santé (TdeS) ou un usager dans une installation ou sur une unité de soins, la rapidité d'intervention permet d'évaluer le potentiel de transmission, la gravité de la situation et d'instaurer les mesures requises afin de limiter l'ampleur de l'éclosion.

Ce document fournit les recommandations destinées aux installations de soins de courte durée, aux installations de réadaptation, aux installations de santé mentale, aux installations ayant une mission d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi qu'aux autres ressources d'hébergement de ce type (ex. : unité de soins de longue durée dans une résidence privée pour aînés) pour prévenir et contrôler les éclosions de SRAS-CoV-2. Il comprend trois grandes sections :

- ▶ Section 1 : Préparation et prévention des éclosions
- ▶ Section 2 : Gestion d'une éclosion
- ▶ Section 3 : Gestion de fin d'une éclosion

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le SRAS-CoV-2. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur ce virus et sur l'efficacité des mesures préventives.

Ce document doit se lire de façon complémentaire aux documents de l'INSPQ suivants :

- ▶ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires](#)
- ▶ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires](#)

Plusieurs directives ministérielles doivent également être consultées selon le milieu de soins (admissions, visiteurs, sorties, proches aidants, etc.) :

- ▶ CH: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/>
- ▶ CHSLD : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/>
- ▶ RI-RTF : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/ri-rtf/>
- ▶ RPA : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/residences-privées-pour-aines/>

Section 1 : Préparation et prévention des éclosions

Préparation à une éclosion	
Comité de gestion d'éclosion	▶ S'assurer de la formation d'un comité multidisciplinaire de gestion d'éclosion qui sera consulté lors de la planification des mesures à mettre en place et sera mobilisé pour soutenir la gestion d'une éventuelle éclosion. ▶ Cibler d'avance les acteurs qui seront requis pour y participer. ▶ Avec la collaboration du comité de gestion d'éclosion, élaborer : ▶ Un plan des options d'hébergement selon les scénarios possibles de cas ▶ Un plan de formation pour les TdeS ▶ Un plan pour la gestion des TdeS ▶ Un plan pour l'accès au matériel requis (ex. : ÉPI) ▶ Un plan pour la réalisation d'audits, l'analyse et le partage des résultats ▶ Un plan de l'organisation du travail et des effectifs en hygiène et salubrité ▶ Référer aux documents suivants : ▶ Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec ▶ Directives du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : lien à venir
Options d'hébergement	Les orientations d'hébergement en soins aigus et en soins de longue durée sont établies par le MSSS et il revient à chaque installation de décider du scénario qu'elle adoptera. Des mesures spécifiques de prévention et contrôle des infections doivent être mises en application en fonction de l'option choisie. Plusieurs options d'hébergement sont possibles. Des mesures de prévention et contrôle des infections générales doivent être mises en application pour toutes les options d'hébergement mentionnées ci-dessous. ▶ Dédier les TdeS à chacun des types de zone (chaude, tiède, froide). ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés (ex. : inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.), ceux-ci doivent débiter par les zones froides, suivi des zones tièdes et terminer par les zones chaudes. ▶ Si l'usager confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle : maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) dans l'attente du transfert en chambre individuelle. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette (ou chaise d'aisance) dédiés pour chaque usager. ▶ Avant la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) pour un usager suspecté ou confirmé COVID-19, s'il n'y est pas déjà hébergé, l'usager doit être transféré immédiatement dans une chambre individuelle à pression négative. Si celle-ci n'est pas disponible, transférer l'usager dans une pièce fermée. Si IMGA urgente (ex. : réanimation cardio-respiratoire), sortir les autres usagers de la chambre. Pour les modalités d'application, se référer aux documents suivants : ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires ▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres ou les lits (si chambre multiple) où sont hébergés des usagers suspectés ou confirmés COVID-19 (ex. : affiche, code de couleurs, etc.).

Préparation à une éclosion	
Options d'hébergement	▶ Considérer des mesures alternatives pour diminuer le risque de contamination par les usagers COVID-19 positifs qui ne peuvent être confinés à leur chambre (ex. : unité prothétique) : ▶ Faire porter un masque médical par l'usager hors de sa chambre, si toléré. ▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres entre les usagers. ▶ Augmenter la fréquence d'entretien des surfaces <i>high touch</i>. Voici les mesures de prévention et contrôle des infections à mettre en place selon l'option choisie. Isolement à la chambre Cette option pourrait être envisagée lorsque peu de cas sont présents, pour les petites installations ou lorsque les transferts de chambre sont difficiles (ex. : clientèle confuse). ▶ Chambre chaude : chambre d'un usager confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique pour la COVID-19. Les équipements de protection individuelle (ÉPI) (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis à l'entrée de la chambre. Si chambre multiple, changer seulement les gants et procéder à l'hygiène des mains entre les usagers sauf si l'ÉPI est souillé ou si des précautions additionnelles sont nécessaires pour d'autres raisons (ex. : bactéries multirésistantes (BMR)). ▶ Chambre tiède : chambre d'un usager suspecté pour la COVID-19, en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2. Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis à l'entrée de ces chambres et doivent être changés entre chaque usager dans la même chambre puisque le statut infectieux est inconnu. ▶ Chambre froide : chambre d'un usager sans la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmé, ni suspecté). L'usager en chambre chaude ou tiède doit rester dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée (ou chaise d'aisance dédiée) sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués à sa chambre. Cohorte d'usagers par zone : chaude, tiède et froide ▶ L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation. Une unité complète peut être désignée comme une zone chaude. ▶ Instaurer un regroupement (cohorte) selon les directives du MSSS, se référer à : https://www.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/ https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ ▶ Zone chaude : usagers confirmés par laboratoire pour le SRAS-CoV-2 ou présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et avec lien épidémiologique avec un cas confirmé de COVID-19. Il est fortement recommandé de toujours confirmer les cas avec un test de laboratoire avant le transfert en zone chaude. ▶ Zone tiède : usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 ou en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2. ▶ Zone froide : usagers sans tableau clinique compatible avec la COVID-19 ou avec un test de laboratoire négatif pour le SRAS-CoV-2 et sans exposition à risque.

Préparation à une éclosion	
Options d'hébergement	▶ Bien délimiter les zones chaudes, tièdes et froides (ex. : affiches, séparation spatiale avec porte ou paravent, utilisation d'un code de couleur, etc.). ▶ Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, les aires communes et le poste de garde peuvent être considérés comme une zone chaude ou une zone froide : ▶ Si le poste de garde est considéré zone froide : l'ÉPI complet, incluant le masque, doit être retiré à la sortie de la zone chaude. Avant d'entrer dans la zone froide, l'hygiène des mains doit être effectuée et un nouveau masque doit être mis. ▶ Si le poste de garde est considéré zone chaude : l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans les aires communes, mais l'hygiène des mains doit être effectuée avant d'entrer dans le poste de garde. ▶ Prévoir retirer de la zone chaude ou tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 h). ▶ En zone chaude, en plus du SRAS-CoV-2 si un usager a une condition médicale nécessitant des précautions additionnelles pour un autre microorganisme, la blouse et les gants doivent être retirés suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. La protection oculaire et le masque peuvent être conservés. Isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude Cette option pourrait être envisagée si la majorité des usagers sur l'unité est COVID-19 positif et qu'il est difficile pour les usagers confirmés de suivre les consignes et de demeurer à leur chambre (ex. : unité prothétique). À envisager si l'ensemble des mesures de PCI et de gestion des cas suspectés et confirmés sont bien comprises et respectées par le personnel sur l'unité et qu'il est impossible de cohorter les usagers. L'utilisation de ce type d'isolement doit être une mesure d'exception. Il est à considérer, dans la mesure du possible, de relocaliser les usagers sans la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmé, ni suspecté). ▶ Avant l'instauration de ce type d'isolement, effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) par l'équipe de PCI ou de la DSPublique selon les modalités locales (ex. : si usagers suspectés ou confirmés représentent plus de risques de transmission en circulant vs usagers non atteints qui sont en mesure de demeurer à leur chambre). ▶ Considérer le corridor, les aires communes ainsi que les chambres des usagers confirmés COVID-19 comme une zone chaude afin que les usagers puissent y circuler. ▶ Considérer les chambres des usagers non atteints comme des zones froides. Les TdeS doivent retirer leur ÉPI et effectuer l'hygiène des mains avant d'y entrer. ▶ Constituer des équipes dédiées distinctes pour les usagers COVID-19 positif et pour les usagers non atteints. ▶ Rehausser l'HDM de tous les usagers et appliquer des modalités de nettoyage et désinfection en plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces touchées par les usagers. Cibler du personnel pour effectuer ces tâches. Il est à noter que les résultats découlant de ce type d'isolement ne sont pas clairement établis dans la littérature. Par contre, quelques expériences locales ont eu de bons résultats pour la gestion des éclosions chez une clientèle errante en minimisant l'utilisation de contentions chimiques et physiques.

Préparation à une éclosion	
Options d'hébergement	Implantation de sites non traditionnels (SNT) ▶ Une zone tampon peut être présente dans une installation déjà existante ou être créée dans un site non traditionnel (SNT) selon l'organisation de services du territoire concerné. ▶ Se référer aux directives du MSSS pour l'utilisation des SNT : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/zones-tampons/
Formation des travailleurs de la santé	▶ Assurer la formation adéquate et suffisante des TdeS et faire des rappels réguliers et fréquents sur les bonnes pratiques de PCI. ▶ Rappel des pratiques de base, dont l'hygiène des mains ▶ Modes de transmission du SRAS-CoV-2 ▶ Connaissances sur les risques de contamination ▶ Port et retrait de l'ÉPI adéquat et selon les indications ▶ Importance de la distanciation physique chez les TdeS, notamment en dehors des zones de soins (ex. : poste de garde, lors des pauses et des repas, etc.) ▶ Gestions des zones et des précautions additionnelles requises ▶ Gestion et désinfection des équipements de soins et du matériel partagé (ex. : claviers d'ordinateurs). ▶ Offrir la formation concernant l'utilisation appropriée de toutes les catégories d'ÉPI. ▶ Référer aux formations disponibles en ligne au : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations
Plan de gestion des travailleurs de la santé	▶ Référer aux directives du MSSS : lien à venir
Accès au matériel requis	▶ S'assurer que les TdeS connaissent la procédure locale d'accès au matériel (ex. : ÉPI, matériel pour prélèvement, etc.). ▶ Référer aux directives du MSSS : ▶ Section « Matériel et approvisionnement » https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-00496-51-PJ-strategie-approvisionnement_2020-09-21.pdf ▶ Liens à venir
Plan d'hygiène et salubrité	▶ S'assurer que les TdeS connaissent les procédures de nettoyage et désinfection de l'environnement et du matériel. ▶ Mettre à jour les protocoles de nettoyage et de désinfection des équipements et des surfaces. ▶ Déterminer qui est responsable de la désinfection des équipements de soins. ▶ Détailler les modalités de nettoyage et désinfection en plurifréquence (ex. : personnel requis, à quelle heure le faire, nombre d'heures requises, fréquence, etc.). ▶ Avoir une liste d'équipements et de tâches bien définie afin que tous les équipements et toutes les surfaces soient inclus. ▶ Référer aux directives du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-contrôle-des-infections/

Définitions	
Cas nosocomial	Cas nosocomial ▶ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son admission 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 admission 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'admission Cas nosocomial suspect ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours* et plus et jusqu'à 14 jours* après son admission (période maximale d'incubation du virus). Cas non nosocomial ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours* après son admission et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire 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 nosocomiaux (usagers et/ou TdeS) 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.
Fin d'éclosion	▶ L'éclosion est terminée lorsque 14 jours se sont écoulés : ▸ Après la date d'isolement du dernier cas confirmé COVID-19 (usagers) ou ▸ Après la dernière présence du TdeS confirmé COVID-19 sur l'unité. ▶ Considérant l'intensification de la surveillance des symptômes, le dépistage actif et la recherche soutenue des cas symptomatiques et asymptomatiques de COVID-19 durant une éclosion, le délai de 14 jours (qui correspond à une période d'incubation) a été établi pour déclarer la fin d'une éclosion plutôt que le 28 jours précédemment diffusé. Ce délai est en conformité avec les lignes directrices de différentes instances (Ontario, 2020, CDNA, 2020, SPS, 2020).
Contact étroit usager	▶ Usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19 OU ▶ Usager ayant été en contact étroit avec un TdeS confirmé COVID-19. Une évaluation du risque de transmission devra être effectuée selon le port de l'ÉPI ou non par le TdeS. ▶ Usagers qui font de l'errance, en présence d'un cas confirmé sur l'unité de soins. L'errance est un facteur de risque d'acquisition.
Contact élargi usager	▶ Définition : usager ayant séjourné sur une unité de soins en éclosion de la COVID-19.
Contact chez les TdeS	▶ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

* Selon la date du début des symptômes ou la date du prélèvement si cas asymptomatique.

Prévention d'une éclosion

Les mesures de prévention et contrôle des infections à mettre en place en présence d'un cas de COVID-19 confirmé ou d'une éclosion dans une installation doivent être basées sur l'enquête épidémiologique réalisée par le service de PCI en collaboration, au besoin, avec la DSPublique (ou directement par la DSPublique lorsqu'il n'y a pas de ressources PCI attribuées).

L'investigation d'une éclosion de COVID-19 revêt deux objectifs qui peuvent être complémentaires :

- 1) **Identifier les contacts** exposés de façon significative (TdS, usagers/proches aidants/accompagnateurs/visiteurs) à un cas de COVID-19 confirmé. Cet objectif vise à identifier rapidement les personnes qui peuvent avoir été contaminées et à instaurer des mesures de prévention et contrôle des infections pour limiter et contrôler la transmission secondaire. Dans ce cas, la recherche des contacts est basée sur la période de contagiosité du cas, c'est-à-dire 48 h précédant le début des symptômes ou la date du prélèvement pour les usagers asymptomatiques et les jours subséquents du contact.
- 2) **Identifier la source de l'éclosion.** La recherche d'une source possible vise à identifier les personnes qui auraient pu être à l'origine de la contamination et est donc basée sur la période d'incubation précédant le début des symptômes ou la date du prélèvement pour les usagers asymptomatiques. À des fins d'intervention, une période de 10 jours* est suggérée.

* Les études démontrent que > 95 % des cas de COVID-19 ont développé leurs symptômes à 10 jours (Lauer, 2020). Le délai de 10 jours a donc été retenu.

En fonction des constats de l'enquête et du/des objectifs visés, des décisions locales peuvent être prises. Par exemple, un rehaussement des dépistages pour les contacts pendant la période d'incubation du premier cas détecté pourrait être réalisé (référer à la section 2 : Gestion d'une éclosion).

Si le tableau épidémiologique est clair et que la source de l'acquisition des cas est connue, il n'y a pas lieu d'effectuer un dépistage en rétrospectif plus loin que 48 h avant le début des symptômes pour un usager confirmé symptomatique ou 48 h précédant la date de prélèvement pour un usager asymptomatique. Cela tient compte des considérations opérationnelles pour la mise en œuvre des enquêtes épidémiologiques et la recherche des contacts. De plus, des données récentes suggèrent que les personnes asymptomatiques peuvent avoir une charge virale plus faible au moment du diagnostic que les personnes symptomatiques. Cette recommandation aidera à centrer l'enquête épidémiologique sur les cas et les ressources de recherche des contacts vers les activités les plus susceptibles d'interrompre la transmission en cours.

Selon les références consultées (CDC, 2020; Ontario, 2020; AHS, 2020, BCCDC, 2020; CNDA, 2020), le Cinq propose la stratégie de dépistage qui suit. Des expériences locales démontrent que certaines autres façons de faire dans la gestion des éclosions ont aussi mené à de bons résultats.

Prévention d'une éclosion	
Premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) OU Plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément	Mesures générales ▶ Évaluer le cas (lien épidémiologique) en réalisant une enquête épidémiologique. ▶ Référer à l'<i>Algorithme de gestion lors de la survenue d'un premier cas pour la prévention d'une éclosion</i> pour un résumé des recommandations de dépistage et de gestion des cas. Pour les détails, se référer au texte de la présente section. ▶ Exécuter les dépistages suggérés dans la section ci-dessous idéalement dans un délai de 24 à 36 heures suivant la demande du service de PCI ou de la DSPublique. Plus le délai d'intervention est long, plus l'éclosion risque d'être importante et le contrôle de l'éclosion difficile. ▶ Surveiller étroitement et activement les symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les contacts du cas confirmé : ▸ Usagers : 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 contact avec le cas confirmé. ▸ TdeS : 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 contact avec le cas confirmé. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins. ▶ L'ajout d'autres dépistages pourrait être indiqué selon l'avis du service de PCI ou de la DSPublique et selon l'objectif d'investigation visé. 1) Si aucune acquisition dans le milieu de soins après enquête épidémiologique, procéder à l'identification des contacts du cas. Si un usager est le premier cas et que celui-ci n'était pas en précautions additionnelles, des mesures doivent être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes ou gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits selon les modalités locales pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé : ▸ Tous les usagers présents (contacts étroits et contacts élargis) sur l'unité où le cas séjourne. ▸ Tous les usagers hors unité qui sont considérés comme des contacts étroits. Remonter 48 h avant le début des symptômes pour un usager confirmé COVID-19 symptomatique ou 48 h précédant la date du prélèvement pour un usager confirmé COVID-19 asymptomatique. ▸ Tous les TdeS ayant donné des soins à l'usager confirmé. Remonter 48 h avant le début des symptômes pour un usager confirmé COVID-19 symptomatique ou 48 h précédant la date du prélèvement pour un usager confirmé COVID-19 asymptomatique.

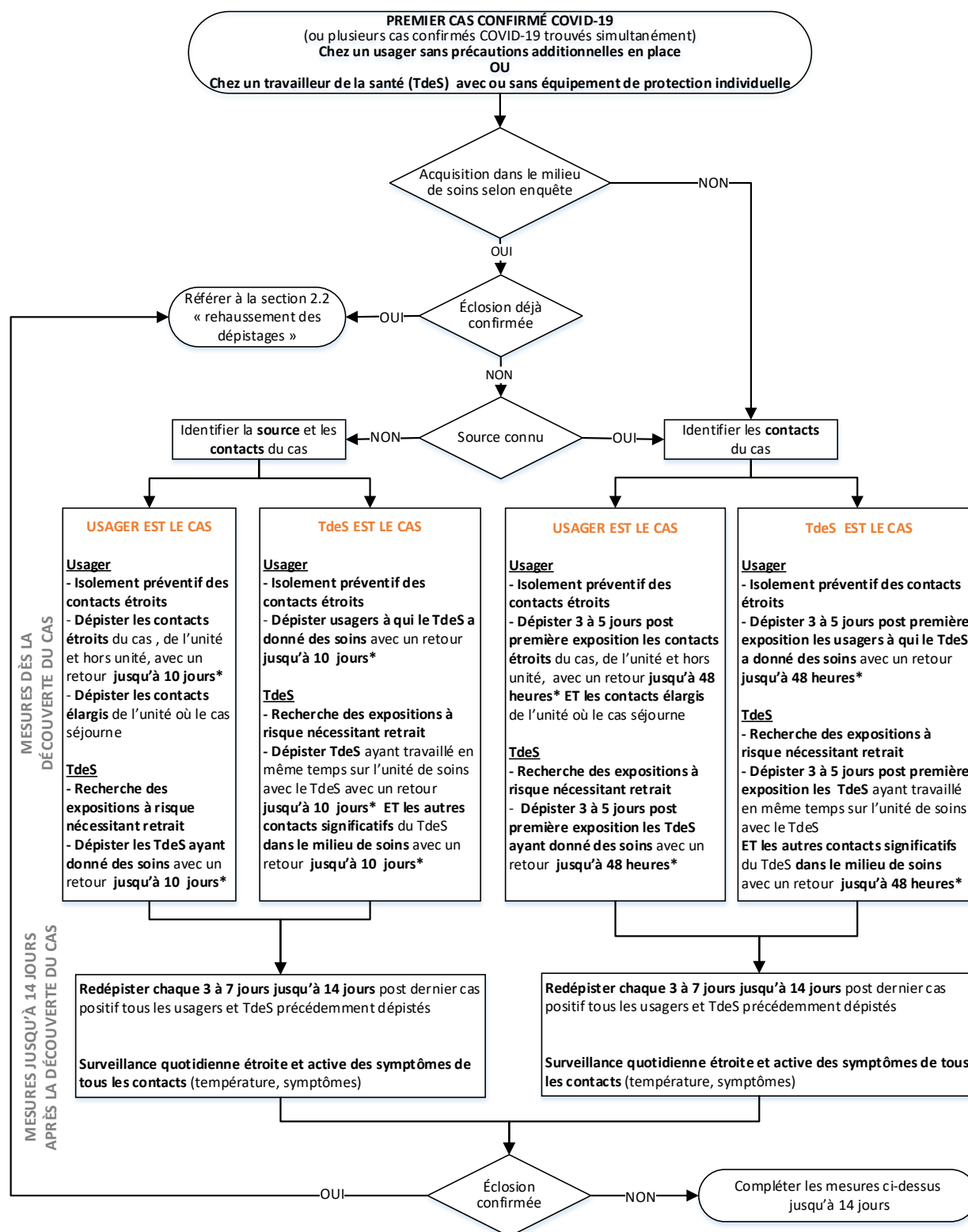
Prévention d'une éclosion	
Premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) OU Plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément	▶ Attendre les résultats des tests et si deux positifs nosocomiaux avec lien épidémiologique se référer à la section 2 (Gestion d'une éclosion) pour poursuivre les dépistages. ▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou présence de cas non nosocomiaux, poursuivre les dépistages : ▶ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usager ou TdeS) détecté sur l'unité tous les usagers et TdeS précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif. ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée. Si un TdeS est le premier cas, des mesures doivent être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes ou gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits selon les modalités locales pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé : ▶ Les usagers ayant reçu des soins du TdeS confirmé. Retourner 48 h avant le début des symptômes pour un TdeS confirmé COVID-19 symptomatique ou 48 h précédant la date du prélèvement pour un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique. ▶ Les autres TdeS ayant travaillé en même temps sur l'unité de soins que le TdeS confirmé COVID-19. Retourner 48 h avant le début des symptômes pour un TdeS confirmé COVID-19 symptomatique ou 48 h précédant la date du prélèvement pour un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique. ▶ Les TdeS ayant eu d'autres contacts significatifs (ex. : cafétéria, etc.) dans le milieu de soins avec le TdeS confirmé COVID-19 selon l'enquête épidémiologique. Retourner 48 h avant le début des symptômes pour un TdeS confirmé COVID-19 symptomatique ou 48 h précédant la date du prélèvement pour un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique.

Prévention d'une éclosion	
Premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) OU Plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément	▶ Attendre les résultats des tests et si deux positifs nosocomiaux avec lien épidémiologique (se référer à la section 2 : Gestion d'une éclosion) pour poursuivre les dépistages. ▶ Si aucun nouveau cas trouvé suite au premier dépistage ou si cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages : ▶ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usagers ou TdeS) détecté sur l'unité tous les usagers et TdeS précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif. ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée. 2) Si acquisition dans le milieu de soins après enquête épidémiologique, procéder à l'identification de la source et des contacts du cas. Dès le premier cas nosocomial, il pourrait être requis, à des fins d'interventions, d'instaurer immédiatement les actions nécessaires en présence d'une éclosion (se référer à la section 2 : Gestion d'une éclosion). L'évaluation du service de PCI ou de la DSPublique est nécessaire dans cette situation. Si un usager est le premier cas et que celui-ci n'était pas en précautions additionnelles, des mesures doivent être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes ou gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits selon les modalités locales pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé : ▶ Tous les usagers présents (contacts étroits et contacts élargis) sur l'unité où le cas séjourne. ▶ Tous les usagers hors unité qui sont considérés contacts étroits. Remonter 10 jours* avant le début des symptômes pour un usager confirmé COVID-19 symptomatique ou 10 jours précédant la date du prélèvement pour un usager confirmé COVID-19 asymptomatique. ▶ Tous les TdeS ayant donné des soins à l'usager confirmé COVID-19 en retournant 10 jours avant le début des symptômes pour un usager confirmé COVID-19 symptomatique ou 10 jours précédant la date du prélèvement pour un usager confirmé COVID-19 asymptomatique. ▶ Attendre les résultats des tests et si deux positifs nosocomiaux avec lien épidémiologique se référer à la section 2 (Gestion d'une éclosion) pour poursuivre les dépistages.

* Les études démontrent que > 95 % des cas de COVID-19 ont développé leurs symptômes à 10 jours (Lauer, 2020). Le délai de 10 jours a donc été retenu.

Prévention d'une éclosion	
Premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) OU Plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément	▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou présence de cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages : ▶ Dépister à nouveau tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usager ou TdeS) détecté sur l'unité tous les contacts précédemment dépistés ayant un résultat de test négatif et encore présents dans l'installation. ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée. Si un TdeS est le premier cas, des mesures doivent être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes ou gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits selon les modalités locales pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé : ▶ Les usagers ayant reçu des soins du TdeS confirmé. Retourner 10 jours avant le début des symptômes pour un TdeS confirmé COVID-19 symptomatique ou 10 jours précédant la date du prélèvement pour un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique. ▶ Les autres TdeS ayant travaillé en même temps sur l'unité de soins que le TdeS confirmé COVID-19 et autre contact significatif dans le milieu de soins selon l'enquête épidémiologique. Retourner 10 jours avant le début des symptômes pour un TdeS confirmé COVID-19 symptomatique ou 10 jours précédant la date du prélèvement pour un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique. ▶ Attendre les résultats des tests et si deux positifs nosocomiaux avec lien épidémiologique se référer à la section 2 (Gestion d'une éclosion) pour poursuivre les dépistages. ▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou présence de cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages : ▶ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usagers ou TdeS) détecté sur l'unité tous les usagers et TdeS précédemment dépistés et ayant un résultat de test négatif et encore présents dans l'installation. ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.

Algorithme de gestion lors de la survenue d'un premier cas pour la prévention d'une éclipse



* selon la date de prélèvement si asymptomatique ou la date de début des symptômes si symptomatique

Section 2 : Gestion d'une éclosion

Déclaration d'une éclosion	
Comité de gestion d'éclosion	▶ Tenir rapidement une rencontre du comité de gestion d'éclosion afin de réviser les mesures en place ou à implanter. Une communication efficiente est essentielle pour l'implantation de l'ensemble des mesures. ▶ Tenir des rencontres régulières et fréquentes du comité. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins du milieu. ▶ Garder des traces des décisions prises et des mesures mises en place avec leurs dates d'instauration. ▶ Référer aux documents suivants : ▶ Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec ▶ Directives du MSSS : lien à venir
Signalement de l'éclosion	▶ Signaler rapidement l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues localement et, le cas échéant, aux autres instances demandées par le MSSS.
Mesures de PCI	
Prise en charge de contacts étroits et élargis chez les usagers	Recherche de contacts étroits et élargis ▶ Faire une recherche des contacts étroits et élargis, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'installation. Si l'utilisateur a été transféré, aviser le centre receveur. Si l'utilisateur a quitté l'installation, aviser la DSPublique. ▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits selon le nombre de cas. Éviter de regrouper les contacts étroits avec les cas suspectés (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ou avec les cas confirmés. ▶ Faire une liste des contacts étroits et élargis. Un outil est proposé et peut être adapté localement : Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel)
Prise en charge chez les TdeS	▶ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Mesures de PCI	
Précautions additionnelles	Contacts étroits ▶ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales pendant 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. ▶ Fin des précautions additionnelles : si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition à risque. Contacts élargis ▶ Aucune précaution additionnelle requise. ▶ Auto surveillance des symptômes ▶ Respecter les pratiques de base. ▶ Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme pour les contacts étroits ainsi que des limitations de déplacement. Cas suspecté ou confirmé de COVID-19 Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire. ▶ Référer aux documents suivants pour les détails et la fin des précautions additionnelles : ▶ Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires ▶ Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires
Surveillance des symptômes	▶ Contacts étroits et élargis : 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. ▶ Cas suspecté : Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour jusqu'à la réception du résultat du test ou jusqu'à 10 jours après le début des symptômes. Si test négatif, absence de diagnostic alternatif et diagnostic COVID-19 toujours plausible, répéter le test. ▶ Cas confirmé : Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour pour la durée des précautions additionnelles (en lien avec la levée des mesures).

Mesures de PCI	
Rehaussement des dépistages	Le rehaussement des dépistages est indiqué lorsqu'il y a présence de plus d'un cas nosocomial confirmé COVID-19 positif sur une unité ou dans une installation. Les TdeS ne sont pas retirés du travail d'emblée lorsqu'un dépistage est fait dans ce contexte. Une recherche des TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait doit être faite. Indications de dépistage ▶ Dépister, dès la découverte de l'éclosion, les usagers reliés à l'unité en éclosion (contacts étroits et contacts élargis) présents sur l'unité : ▶ Dans les 48 h précédant l'éclosion si l'objectif du dépistage est de procéder à l'identification des contacts du cas. ▶ Dans les 10 jours* précédant l'éclosion si l'objectif est l'identification de la source ainsi que l'identification des contacts du cas. ▶ Si l'usager contact étroit a été transféré, aviser le centre receveur. Si l'usager a eu son congé, aviser la DSPublique. ▶ Dépister, dès la découverte de l'éclosion, les TdeS ayant travaillé sur l'unité : ▶ Dans les 48 h précédant l'éclosion si l'objectif du dépistage est de procéder à l'identification des contacts du cas. ▶ Dans les 10 jours précédant l'éclosion si l'objectif est l'identification de la source ainsi que l'identification des contacts du cas. ▶ Dépister toute l'installation selon l'avis du service de PCI ou de la DSPublique. ▶ Pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI), les résidences de type familial (RTF) et les résidences privées pour aînés (RPA), aviser le laboratoire lors d'envois massifs de tests de dépistage. Fréquence de dépistage ▶ Dépister dès la découverte de l'éclosion, les usagers et les TdeS 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé et à tous les 3 à 7 jours par la suite, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif détecté sur l'unité (usager ou TdeS). ▶ La fréquence exacte du dépistage relève d'une décision locale et dépend de plusieurs éléments : intensité de l'éclosion, épidémiologie locale, moment de l'éclosion (début/milieu/fin d'éclosion), etc. Si un usager relié à l'éclosion (contact étroit) obtient son congé de l'installation, aviser la DSPublique selon les modalités locales et régionales établies.
Affichage	▶ Installer des affiches avisant de l'éclosion à l'entrée de l'unité et/ou de l'installation. ▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres ou les lits (si chambre multiple) où sont hébergés des usagers suspectés ou confirmés COVID-19 (ex. : affiche, code de couleurs, etc.).
Pratiques de base et étiquette respiratoire	▶ S'assurer du respect rigoureux des pratiques de base et de l'étiquette respiratoire.

* Les études démontrent que > 95 % des cas de COVID-19 ont développé leurs symptômes à 10 jours (Lauer, 2020). Le délai de 10 jours a donc été retenu.

Mesures de PCI	
Options d'hébergement	▶ Référer à la section « Options d'hébergement » du présent document et aux directives du MSSS : liens à venir
Hygiène et salubrité	▶ S'assurer que le protocole de nettoyage et de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées. ▶ Augmenter la fréquence des nettoyages et désinfections selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc. ▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.). Référer à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité ▶ 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 au https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/liste.html ▶ 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-contrôle-des-infections/
Audits	▶ Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer l'ÉPI adéquatement, procédures en hygiène et salubrité, respect des zones, nettoyage et désinfection des équipements de soins entre usagers, respect de la distanciation physique, etc.).
Équipements de soins	▶ Dédier les équipements de soins à un seul usager lorsque possible. ▶ Dans une zone chaude, dédier les équipements de soins uniquement à cette zone. ▶ Si des équipements de soins sont partagés, les nettoyer et les désinfecter entre chaque usager. ▶ Nettoyer et désinfecter quotidiennement tous les équipements de soins. ▶ Désigner un TdeS pour : ▶ La désinfection quotidienne de tous les équipements de soins. ▶ Effectuer la désinfection plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces fréquemment touchées et des équipements de soins fixes dans les chambres (ex. : boutons des moniteurs, interrupteurs, etc.).

Gestion de l'unité en éclosion		
Admissions	▶ Admission selon les modalités locales sur une unité en éclosion de COVID-19. ▶ Ne pas admettre un usager non atteint de la COVID-19 dans une zone chaude. Admettre uniquement des cas confirmés COVID-19. ▶ Respecter l'admission des usagers en fonction des critères de chacune des zones. ▶ Informer les nouveaux usagers ou leurs représentants légaux de la situation ainsi que des mesures de prévention et contrôle des infections à respecter. ▶ Si une unité spécialisée en éclosion est dans l'obligation de poursuivre ses activités, faire une zone froide à l'intérieur de l'unité en éclosion avec des TdeS dédiés et un poste de travail séparé. ▶ Pour les CHSLD, référer à : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#admission-de-nouveaux-residents	
Transfert interétablissements	▶ Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre receveur de l'éclosion en cours. ▶ Référer au : Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19 Lien à venir pour les soins de longue durée	
Suspension ou fermeture d'une unité aux admissions	▶ Évaluer quotidiennement la nécessité de fermeture de l'unité aux admissions selon l'évolution de la situation. ▶ La décision de fermer une unité aux admissions ou de suspendre les transferts doit être prise par le comité de gestion d'éclosion. ▶ Se référer aux directives et aux critères du MSSS pour évaluer la possibilité d'une fermeture d'unité. Liens à venir ▶ Il est à noter que la fermeture d'une unité aux admissions n'implique pas nécessairement la suspension des transferts à partir de l'unité en éclosion vers une autre unité ou vers un autre milieu de soins lorsque médicalement requis. Si un transfert est requis, un isolement gouttelettes-contact doit être mis en place durant 14 jours.	
Réouverture d'une unité fermée aux admissions	▶ Revoir quotidiennement la possibilité de réouverture de l'unité aux admissions. ▶ Se référer aux critères du MSSS : liens à venir ▶ Avant la réouverture de l'unité, effectuer un nettoyage et une désinfection selon les protocoles de l'établissement ou du MSSS https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/	
Visiteurs, proches aidants et accompagnateurs	Spécificités pour les milieux de soins aigus	Spécificités pour les milieux de longue durée
	▶ Se référer aux directives du MSSS https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/	▶ Aviser les familles selon les modalités locales (ex. : appel téléphonique, courriel) ▶ 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/chsld/#visites-et-sorties

Gestion de l'unité en éclosion	
Déplacements	▶ Suspendre l'accès des usagers aux aires d'entreposage ou aux aires communes (ex. : lingerie, cuisinette, machine à glace, etc.). ▶ Limiter les déplacements de tous les usagers hors de leur chambre à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. ▶ Lors des déplacements absolument requis pour raisons médicales, les usagers doivent porter un masque médical et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter leur chambre et maintenir une distanciation physique de 2 mètres en tout temps. ▶ Les usagers doivent être encouragés 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. ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le déplacement des usagers si applicable (ex. : fauteuil roulant, civière, aide à la marche, etc.).
Activités sociales et thérapeutiques	▶ Suspendre temporairement les activités sociales et les soins ou services offerts par les travailleurs externes (ex. : coiffeur, soins des pieds, etc.). ▶ Favoriser les interventions/consultations à distance. ▶ Effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) par l'équipe de PCI ou de la DSPublique selon les modalités locales. Possibilité de reprendre des activités selon l'évolution de l'éclosion. Dans ce contexte, 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/chsld/#activites-de-groupe

Gestion des travailleurs de la santé	
Ressources humaines	▶ Rehausser le nombre de TdeS sur l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de PCI. Ceci inclut aussi les préposés aux bénéficiaires et les travailleurs attirés à l'hygiène et à la salubrité. ▶ Se référer aux directives du MSSS : liens à venir
Mobilité des TdeS	▶ Se référer aux directives du MSSS pour les soins de longue durée : liens à venir ▶ Directives du MSSS à venir pour les milieux de soins aigus. ▶ Restreindre la circulation dans l'unité en éclosion aux TdeS requis pour les soins et les services. ▶ Assurer une stabilité des TdeS sur l'unité en éclosion. ▶ Pour les TdeS qui se déplacent sur plusieurs unités dans l'installation, débiter, dans la mesure du possible, par les zones froides suivies des zones tièdes et terminer par les zones chaudes.
Rencontre d'informations	▶ Réaliser une séance d'information avec les TdeS sur tous les quarts de travail dès le début de l'éclosion et la répéter régulièrement et selon les besoins pour assurer une bonne compréhension des mesures. Selon les modalités locales, ces séances peuvent être réalisées par le gestionnaire de l'unité ou de l'installation en éclosion, par le service de PCI, par la DSPublique ou par toute autre personne désignée. ▶ Rappeler les mesures en situation d'éclosion sur les précautions additionnelles et les ÉPI. ▶ Rappeler les symptômes à surveiller afin de détecter rapidement les cas. ▶ Dresser un tableau clair de la situation (ex. : nombre de cas, mesures prises jusqu'à maintenant, etc.). ▶ Identifier une personne à qui se référer pour toute question relative à l'application des mesures. ▶ Rappeler les mesures pour protéger les TdeS (ex. : hygiène des mains, respect de la distanciation physique, port du masque, surveillance des symptômes, etc.). ▶ Informer des résultats d'audits ayant été effectués (ex.: hygiène des mains, port de l'ÉPI, hygiène et salubrité, distanciation physique des TdeS, etc.).
Distanciation physique chez les TdeS	▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres avec les autres TdeS sur l'unité, au poste de garde, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur. ▶ Les mesures suivantes peuvent aider à maintenir une distance de deux mètres entre les TdeS : ▶ Délimiter au sol des espaces à respecter au poste de garde. ▶ Salles de réunion et de café : Afficher le nombre de personnes autorisées, retirer les chaises en trop, délimiter au sol l'emplacement des chaises pour respecter le deux mètres. ▶ Cafétéria : Faire des X sur les tables de la cafétéria et retirer des chaises pour limiter le nombre de personnes aux tables.
TdeS symptomatique	▶ Retirer immédiatement du milieu de travail toute personne qui se présente avec de la fièvre ou de la toux ou des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
TdeS exposé	▶ Évaluation de l'exposition par le service de santé ou la DSPublique selon les modalités locales. ▶ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé

Suivis de l'éclosion	
Suivis des cas	▶ Suivre quotidiennement l'évolution de l'éclosion avec le nombre de nouveaux cas nosocomiaux. Un outil est proposé pour les milieux de courte durée et ceux de longue durée qui permet de faire des courbes épidémiques. Lien à venir ▶ Un modèle de grilles de surveillance de cas et contact est proposé (outils joints) et peut être adapté localement : ▶ Usagers ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif ou un diagnostic de la COVID-19 (ou Excel) ▶ Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel) ▶ Travailleurs ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif (COVID-19) (ou Excel) ▶ Travailleurs ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel)
Indicateurs	▶ Suivre les indicateurs de la vigie surveillance et compléter quotidiennement selon les indications du MSSS. ▶ Différents indicateurs peuvent être suivis et adaptés localement en collaboration avec le service de PCI ou la DSPublique. ▶ Surveiller minimalement le taux d'incidence quotidienne (courte durée) ou taux d'attaque quotidienne (longue durée). Liens à venir

Section 3 : Gestion de fin d'une éclosion

Mesures d'hygiène et salubrité	
Hygiène et salubrité	▶ Nettoyer et désinfecter tous les objets de l'unité qui ont été touchés et manipulés incluant le matériel médical. Désigner une personne responsable de cette tâche. ▶ Jeter tout le matériel qui ne peut être nettoyé ou désinfecté. ▶ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste de garde, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.). ▶ Les informations concernant le protocole de nettoyage et de désinfection lors de la fermeture d'une zone tiède ou chaude sont disponibles sur le site du MSSS. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/
Déclaration de fin d'éclosion	
Signalement de fin d'éclosion	▶ Signaler la fin de l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues (ex. : appel téléphonique, formulaire).
Communication	▶ Émettre une communication au sein de l'installation pour aviser les employés, les usagers et les visiteurs/proches aidants que l'éclosion est terminée. ▶ Retirer l'affichage en lien avec l'éclosion.
Bilan de fin d'éclosion	
Rencontre de bilan	▶ Effectuer un retour en comité de gestion d'éclosion afin d'identifier les interventions positives, les opportunités d'amélioration et d'évaluer le processus de gestion. ▶ Rédiger un rapport de l'éclosion et l'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'installation. ▶ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
Surveillance	▶ Poursuivre la surveillance active de l'apparition de nouveaux cas chez les usagers et les TdeS.
Poursuite des activités	▶ Référer à la section 1 : Préparation à une éclosion du présent document. Les mesures présentées dans cette section doivent être aussi maintenues et appliquées même si l'éclosion a pris fin.

Références

- Alberta health services (AHS). (2020). *Guidelines for COVID-19 outbreak prevention, control, management in congregate living sites*. Version 2020-06-09. Repérer au : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-outbreak-management-congregate-guidelines.pdf>
- British Columbia center for disease control (BCCDC). (2020). *Infection Prevention and Control Requirements for COVID-19 in Long Term Care and Seniors' Assisted Living*. Version 2020-06-30. Repéré au : http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID19_LongTermCareAssistedLiving.pdf
- Center for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Preparing for COVID-19 in Nursing Homes*. Version 2020-06-25. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>
- Center for disease control and prevention (CDC). (2020b). *Responding to Coronavirus (COVID-19) in nursing home. Considerations for the public health responses to COVID-19 in nursing homes*. Version 2020-04-30. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-responding.html>
- Center for disease control and prevention (CDC). (2020c). *Testing guidelines for Nursing Homes*. Version 2020-07-21. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-testing.html>
- Communicable Diseases Network Australia (CDNA). (2020a). *CDNA National Guidelines for Public Health Units in Australia*. Version 2020-10-09. Repéré au : [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/\\$File/COVID-19-SoNG-v3.9.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/$File/COVID-19-SoNG-v3.9.pdf)
- Communicable Diseases Network Australia (CDNA). (2020b). *CDNA National Guidelines for the Prevention, Control and Public Health Management of COVID-19 Outbreaks in Residential Care Facilities in Australia*. Version 2020-06-10. Repéré au : <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/06/coronavirus-covid-19-guidelines-for-outbreaks-in-residential-care-facilities.pdf>
- Lauer, S.A., Grantz, K.H., Bi, Q., Jone, F.K., Zheng, Q. et al. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Annals of Internal Medicine*. Repéré au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150748/>
- Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2020a). *COVID-19 Directive #3 for Long-Term Care Homes under the LongTerm Care Homes Act, 2007 Issued under Section 77.7 of the Health Protection and Promotion Act (HPPA), R.S.O. 1990, c. H.7*. Repéré au : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/LTCH_HPPA.pdf
- Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2020b). *COVID-19 guidance: acute care*. Version 2020-06-15. Repéré au : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_acute_care_guidance.pdf
- Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2020c). *COVID-19 Outbreak Guidance for LongTerm Care Homes (LTCH)*. Version 2020-04-15. Repéré au : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/LTCH_outbreak_guidance.pdf
- Santé publique France. (2020). *Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19*. Version 2020-05-30. Repéré au : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/rapport-synthese/guide-pour-l-identification-et-l-investigation-de-situations-de-cas-groupes-de-covid-19>

Mesures de prévention et de contrôle des infections pour la gestion des éclosions en milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2020)

No de publication : 3066