

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins (excluant les milieux de soins de longue durée)

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

14 juin 2022 – version 5.6. Modifications apportées en jaune.

Sommaire

Principales modifications	2
Préambule	2
Section 1 : Préparation et prévention des éclosions	4
Section 2 : Objectifs de l'enquête épidémiologique	9
Section 3 : Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou travailleur de la santé)	10
Section 4 : Gestion d'une éclosion	13
Section 5 : Gestion de fin d'une éclosion	21
Annexe 1 Tableau résumé des mesures de gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 et de gestion d'éclosion (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)	22

La mise à jour de ce document est basée sur la littérature disponible concernant le variant Omicron (et ses sous-lignées) et peut changer selon l'évolution des connaissances. Les recommandations sont fondées sur l'information disponible au moment où elles ont été élaborées.

- Selon les données du programme de surveillance des variants SRAS-CoV-2 au Québec, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que, pour la semaine du 8 mai 2022, tous les variants en circulation sont des sous-lignées du variant Omicron. Pour suivre l'évolution de la proportion de tous les variants en circulation au Québec selon les différentes sous-lignées du variant Omicron, veuillez consulter la page suivante <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>.
- Le travailleur de la santé (TdeS) **doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)**, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains). **L'usager doit porter le masque médical** lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne même lorsqu'hospitalisé.
- Les recommandations formulées dans ce document sont des lignes directrices qui résument les actions à poser en présence d'un cas unique de COVID-19 (usager ou travailleur de la santé (TdeS)) et de ses contacts pour prévenir une éclosion ou en présence d'une éclosion dans les différents milieux de soins, **à l'exception des milieux de soins de longue durée**. Ces recommandations peuvent être adaptées en fonction de la situation et du type de milieu concerné.
- **L'enquête épidémiologique** est primordiale pour déterminer les meilleures façons de faire en fonction des différentes situations rencontrées. Il peut en découler une variabilité dans les mesures à mettre en place. Une évaluation rigoureuse de la situation permet d'adapter les actions entreprises en fonction du contexte épidémiologique local.

Principales modifications

► Précisions concernant la prise en charge des personnes immunosupprimées dans les tableaux 1, 2, 3, 4 et l'annexe 1.

Préambule

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

Lorsqu'un cas de COVID-19 est suspecté ou confirmé chez un 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 la transmission.

Ce document fournit les recommandations pour tous les milieux de soins, soit les hôpitaux (soins de courte durée), les cliniques médicales (incluant les GMF, cliniques externes, cliniques de dépistages COVID-19, etc.), les milieux de réadaptation et les milieux de santé mentale.

L'amélioration des connaissances, les changements dans l'épidémiologie et la progression de l'immunité des individus (suite à une infection ou à la vaccination) nous amènent à revoir constamment nos recommandations. Des mesures différentes sont dorénavant proposées pour la gestion des contacts lors d'un cas unique ou d'une éclosion dans les milieux de soins de longue durée (CHSLD). Certains autres milieux de vie comportent des unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (ex. : RPA, RI, RTF). Il convient alors pour ces unités d'appliquer les mêmes recommandations que pour les CHSLD et celles-ci se trouvent dans le document [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée](#). Pour les autres secteurs de ces milieux, se référer aux recommandations pour la communauté.

Le présent document vise plus précisément à déterminer les différentes modalités concernant les dépistages et les mesures de PCI à mettre en place chez les TdeS et les usagers lors d'un contact avec un cas unique de COVID-19 ou lors d'une éclosion de COVID-19 dans tous les milieux de **soins à l'exception des milieux de soins de longue durée**. Pour connaître les mesures à appliquer dans ces milieux, consulter le document [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée](#).

Les dépistages recommandés dans ce document ont pour but de rechercher la source du cas ou d'une éclosion et de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins. Ce document doit être utilisé en complémentarité avec le document [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins](#) afin de déterminer les mesures à mettre en place pour les TdeS ayant eu un bris dans le port de l'ÉPI.

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](#)
- ▶ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de réadaptation, ainsi que tous les autres milieux de soins ou de vie en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme](#)
- ▶ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins psychiatriques](#)
- ▶ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les unités d'hémodialyse](#)
- ▶ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les cliniques médicales/cliniques externes/cliniques COVID-19/GMF](#)

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

- ▶ CHSLD : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/chsld>
- ▶ RI-RTF : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/ri-rtf>
- ▶ RPA : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/rpa>

Section 1 : Préparation et prévention des éclosions

Préparation et prévention des éclosions	
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 des cas selon les scénarios possibles ▶ 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) : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés

Préparation et prévention des éclosions (suite)	
Options d'hébergement	Certaines orientations d'hébergement peuvent être établies par le MSSS. En tenant compte de ces orientations et selon la situation épidémiologique, il revient aux gestionnaires ou au comité de gestion des éclosions de chaque installation de préciser le scénario qui sera adopté. Les mesures spécifiques de prévention et contrôle des infections (PCI) à appliquer en fonction de l'option choisie sont présentées ci-dessous. COHORTE D'USAGERS Le Cinq recommande la mise en place de cohortes comme mesure de PCI pour la gestion des cas. Il s'agit d'un regroupement dans un lieu géographique spécifique et bien délimité physiquement d'utilisateurs présentant un statut identique au sujet d'une même infection. Idéalement, une cohorte doit être prise en charge par du personnel dédié, et les équipements de soins ainsi que le matériel partagé qui y est utilisé sont également dédiés à cette cohorte. Dans le contexte de la COVID-19, plusieurs types de cohortes peuvent être instaurées : ▶ Cohorte de cas de COVID-19 (héberge des utilisateurs confirmés par laboratoire et par TDAR avec histoire fiable). ▶ Cohorte de cas suspectés de COVID-19 (héberge des utilisateurs présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test pour le SRAS-CoV-2). ▶ Cohorte d'utilisateurs asymptomatiques ayant des critères d'exposition (référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins) ▶ Cohorte d'utilisateurs asymptomatiques et sans critères d'exposition (référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins) ▶ Lorsque des cohortes sont mises en place, des mesures de PCI doivent être respectées. ▶ Bien délimiter les différentes cohortes afin que les gens puissent visualiser qu'ils entrent dans une cohorte. ▶ Si plusieurs types de cohortes sont créées, idéalement chaque TdeS devrait être dédié à une seule cohorte. ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés, ceux-ci devraient visiter en premier les utilisateurs asymptomatiques et sans critères d'exposition, suivi des utilisateurs suspectés de COVID-19 ou avec critères d'exposition puis des utilisateurs qui sont des cas de COVID-19. ▶ Privilégier l'utilisation des chambres individuelles afin de diminuer la concentration de cas (principe de densité d'utilisateurs). ▶ Si deux cas suspectés de COVID-19 ou deux cas ayant des critères d'exposition sont hébergés dans la même chambre, maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les utilisateurs. Prévoir des équipements de soins dédiés ainsi qu'une salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle) pour chaque utilisateur. ▶ Dans une cohorte de cas suspectés de COVID-19 ou une cohorte d'utilisateurs asymptomatiques ayant des critères d'exposition, l'ÉPI complet doit être changé entre chaque utilisateur puisque leur statut infectieux est inconnu.

Préparation et prévention des éclosions (suite)	
Options d'hébergement	▶ Dans une cohorte, peu importe le type, le poste de garde doit être considéré comme un endroit non contaminé sauf en de rares exceptions. Avant d'y entrer, l'ÉPI complet doit être retiré et un nouveau masque médical doit être revêtu. ▶ Le surplus d'équipement de soins et de matériel partagé jugé non nécessaire devrait être retiré des cohortes. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). ▶ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC) ou d'un autre agent pathogène transmissible (ex. : gastro-entérite, virus respiratoire syncytial (VRS), influenza), l'ÉPI doit être changé entre chaque usager ou selon les directives locales de l'équipe de PCI. Changement d'ÉPI dans les cohortes de cas de COVID-19 Les instances internationales ont des pratiques différentes quant aux changements d'ÉPI dans les cohortes de cas de COVID-19 : ▶ Port prolongé de l'ÉPI complet dans les cohortes (Saskatchewan, Manitoba et Colombie-Britannique). ▶ Port prolongé du masque et de la protection oculaire avec changement des gants et de la blouse entre chaque chambre de la cohorte (ECDC, Royaume-Uni). ▶ Changement entre chaque cas ou chambres (aucun port prolongé) des ÉPI au complet dans les cohortes (ASPC, OMS, CDC, Ontario, Alberta et Australie). Il n'y a pas de recommandations ou de données scientifiques démontrant qu'un choix de pratique est meilleur que l'autre. En l'absence de consensus dans la littérature et chez les experts, une évaluation du risque doit être faite localement en tenant compte du type de milieu, du type de clientèle, ainsi que de la nature et de la durée des contacts entre les TdeS et les usagers. Il faut aussi prendre en considération divers éléments tels que la formation donnée aux TdeS sur le port et le retrait de l'ÉPI, la configuration des lieux, les trajectoires de circulation, l'accès au matériel, les résultats des audits en lien avec les ÉPI (port et retrait) et la capacité du milieu à surveiller l'application rigoureuse des mesures en place (ex. : surveillance de la cohorte par agent de sécurité ou personnel médical). Certaines études ont démontré que le SRAS-CoV-2 peut survivre un certain temps sur les ÉPI mais la transmission au TdeS du SRAS-CoV-2 par l'entremise des ÉPI contaminés n'a pas été documentée (Kasloff <i>et al.</i>, 2020). Lors de la mise en place d'une cohorte de cas de COVID-19, le corridor associé à cette cohorte devrait préférablement être considéré comme un endroit non contaminé. Si le corridor associé à la cohorte de cas de COVID-19 est considéré comme un endroit non contaminé, un changement complet de l'ÉPI à la sortie de chaque chambre est nécessaire. Il est possible de conserver la blouse, le masque et la protection oculaire, si non visiblement souillés, entre les usagers hébergés dans une même chambre. Changer de gants entre chaque usager et procéder à l'hygiène des mains. Si le corridor associé à la cohorte de cas de COVID-19 est considéré comme un endroit possiblement contaminé, un changement complet de l'ÉPI à la sortie de chaque chambre est à privilégier. Toutefois, certaines situations particulières pourraient faire en sorte qu'une autre option soit utilisée, telle que le port prolongé de certains ÉPI. Une évaluation locale de la situation doit être réalisée en collaboration avec l'équipe de PCI.

Préparation et prévention des éclosions (suite)

Options d'hébergement

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). L'ÉPI doit être changé à la sortie de chaque chambre.

Privilégier des chambres individuelles pour diminuer la concentration d'aérosols dans la pièce.

L'usager doit rester dans sa chambre individuelle avec salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance dédiée) sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués à sa chambre. Les traitements comprennent toutes les interventions visant à éviter le déconditionnement de l'usager.

ISOLEMENT INVERSÉ AVEC CHAMBRES ET CORRIDORS CONSIDÉRÉS POSSIBLEMENT CONTAMINÉS

L'utilisation de ce type d'isolement doit être une mesure d'exception. Avant son utilisation, il est à considérer, dans la mesure du possible, de relocaliser les usagers n'ayant pas la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmés, ni probables, ni suspectés).

Cette option pourrait être envisagée si la majorité des usagers sur l'unité sont des cas de COVID-19 et qu'il est difficile pour ces usagers de suivre les consignes et de demeurer à leur chambre (ex. : unité prothétique). À envisager seulement si l'ensemble des mesures de PCI et de gestion des cas suspectés et des cas de COVID-19 sont bien comprises et respectées par le personnel sur l'unité et qu'il est impossible de cohorter les usagers.

- ▶ 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 usagers qui sont des cas de COVID-19 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 qui sont des cas de COVID-19 comme potentiellement contaminés afin que les usagers puissent y circuler.
- ▶ Considérer les chambres des usagers non atteints comme non contaminées. Les TdeS doivent retirer leur ÉPI, effectuer l'hygiène des mains et revêtir un nouveau masque médical avant d'y entrer.
- ▶ Constituer des équipes dédiées distinctes pour les usagers qui sont des cas de COVID-19 et pour les usagers non atteints.
- ▶ Rehausser l'hygiène des mains 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 et prévention des éclosions (suite)	
Formation des travailleurs de la santé	▶ S'assurer que toutes les formations requises ont été dispensées et sont récentes. Référer à la section Formation du document SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée ▶ Référer aux formations disponibles en ligne au : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations
Plan de gestion des travailleurs de la santé	▶ Référer au Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés
Accès au matériel requis	▶ S'assurer que les TdeS connaissent la procédure locale d'accès au matériel (ex. : ÉPI, matériel pour prélèvement, etc.). ▶ Référer à : ▶ Section <i>Matériel et approvisionnement</i> https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-00496-51-PJ-strategie-approvisionnement_2020-09-21.pdf ▶ Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés
Plan d'hygiène et salubrité	▶ S'assurer que les TdeS connaissent les procédures de nettoyage et de 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 du nettoyage et de la désinfection des équipements de soins. ▶ Détailler les modalités de nettoyage et de désinfection en plurifréquence (ex. : personnel requis, à quelle heure le faire, nombre d'heures requis, fréquence, etc.). ▶ Avoir une liste d'équipements et de tâches bien définie afin que tous les équipements et toutes les surfaces soient inclus. ▶ Augmenter la fréquence d'entretien des surfaces <i>high touch</i> ▶ Référer aux directives du MSSS : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002709/

Section 2 : Objectifs de l'enquête épidémiologique

Objectifs de l'enquête épidémiologique

Les mesures de PCI à mettre en place en présence d'un cas de COVID-19 sans précautions additionnelles ou d'une éclosion dans une installation doivent être basées sur l'enquête épidémiologique réalisée selon les modalités locales (ex. : service de PCI, bureau de santé, DSPublique). Les actions mises en place peuvent varier en fonction du contexte, de l'évaluation de la situation et du type de milieu où le cas unique de COVID-19 (usager ou TdeS) est découvert. Une flexibilité dans les interventions entreprises est donc possible (ex.: mettre des mesures intensifiées devant un cas unique usager ou TdeS sur une unité d'hématologie-oncologie, alléger les mesures pour un secteur ambulatoire où les contacts sont habituellement brefs, etc.). Les dépistages et les actions à mettre en place (ex. : mise en place des précautions additionnelles adéquates) peuvent donc être ajustés en fonction de l'évaluation épidémiologique de la situation.

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

- ▶ **Identifier la source de l'éclosion.** La recherche d'une source possible vise à identifier la personne qui aurait 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 si asymptomatique. À des fins d'intervention, une période de 10 jours* est suggérée.
- ▶ **Identifier les contacts** exposés de façon significative (TdeS, usagers, proches aidants/accompagnateurs/visiteurs) à un cas de COVID-19. Cet objectif vise à identifier rapidement les personnes qui peuvent avoir été contaminées et à instaurer des mesures de PCI 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 heures précédant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique.

En fonction des constats de l'enquête et de l'/des objectif(s) visé(s), des décisions locales peuvent être prises. Par exemple, un rehaussement des dépistages pour les contacts dès l'apparition d'un premier cas détecté peut être réalisé (référer à la section 4 : *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 une recherche rétrospective des contacts au-delà de 48 heures avant le début des symptômes du cas de COVID-19 symptomatique ou 48 heures précédant la date de prélèvement si le cas de COVID-19 est 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 vers les activités les plus susceptibles d'interrompre la transmission en cours.

Selon les références consultées (CDC, 2021; Ontario, 2021; BCCDC, 2021; CDNA, 2021), le CINQ propose la stratégie de dépistage qui suit. Il demeure possible de l'adapter.

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

Section 3 : Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou travailleur de la santé)

Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 pour qui il n'y avait pas de précautions additionnelles en place à la découverte du cas	
Actions recommandées lors de la découverte d'un cas unique de COVID-19 sans précautions additionnelles	MESURES GÉNÉRALES ▶ Réaliser une enquête épidémiologique. ▶ 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.
	Cas communautaire (non nosocomial) ou cas nosocomial de source connue ▶ Instaurer immédiatement des précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant la protection oculaire. Si le cas unique est un TdeS, référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins ▶ Procéder à l'identification des contacts du cas. ▶ Référer au <i>Tableau 1 : Cas unique de COVID-19 – cas communautaire ou nosocomial de source connue (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)</i> pour les actions à mettre en place en regard des dépistages et des précautions additionnelles chez les contacts du cas. ▶ Utiliser le document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins pour la gestion des TdeS ayant eu une exposition.
	Cas nosocomial de source inconnue ▶ Instaurer immédiatement des précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant la protection oculaire. Si le cas unique est un TdeS, référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins. ▶ Procéder à l'identification de la source ET des contacts du cas. ▶ Référer au <i>Tableau 2 : Cas unique de COVID-19 – cas nosocomial de source inconnue (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)</i> pour les actions à mettre en place en regard des dépistages et des précautions additionnelles chez les contacts du cas. ▶ Utiliser le document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins pour la gestion des TdeS ayant eu une exposition.

Tableau 1 Cas unique de COVID-19 – cas communautaire ou nosocomial de source connue (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)

		Mesures pour les usagers et les travailleurs de la santé ^{A, B}		
		Dépistages par TAAN	Isolement préventif usagers ou retrait du travail travailleur de la santé	Autres mesures
Usager asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	► Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas - ET ► Jours 4-5 - ET ► Jours 9-10	10 jours	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
	CONTACT ÉLARGI	Aucun	Non requis ^C	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
Travailleur de la santé asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	► Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas - ET ► Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Pour les indications de retrait et de suivi du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, référer au document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins .	
	CONTACT ÉLARGI	Aucun	Non requis	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition

^A Si présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, dépister l'usager dès l'apparition des symptômes et le gérer comme un cas suspecté de COVID-19. Pour les TdeS, référer à [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins](#).

^B Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins **sauf les personnes immunosupprimées, vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non**. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

^C L'isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptomatique mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

Tableau 2 Cas unique de COVID-19 – cas nosocomial de source inconnue (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)

		Mesures pour les usagers et les travailleurs de la santé ^{A, B}		
		Dépistages par TAAN	Isolement préventif ou retrait du travail Travailleur de la santé	Autres mesures
Usager asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	► Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas - ET ► Jours 4-5 - ET ► Jours 9-10	10 jours	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
	CONTACT ÉLARGI	Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas	Non requis ^C	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
Travailleur de la santé asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	► Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas - ET ► Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Pour les indications de retrait et de suivi du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, référer au document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins .	
	CONTACT ÉLARGI	Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas	Non requis	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition

^A Si présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, dépister l'usager dès l'apparition des symptômes et le gérer comme un cas suspecté de COVID-19. Pour les TdeS, référer à [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins](#).

^B Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins **sauf les personnes immunosupprimées, vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non**. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

^C L'isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptomatique mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

Section 4 : 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'implantation. ► Référer aux documents suivants : ► Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec ► Directives du MSSS : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés
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 pour la gestion d'une éclosion	
Prise en charge des contacts étroits et élargis chez les usagers	Recherche des 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. Référer au <i>Tableau 3 : Éclosion de COVID-19 – source de l'éclosion connue ET lien épidémiologique connu (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)</i> ou au <i>Tableau 4 : Éclosion de COVID-19 – source de l'éclosion inconnue OU lien épidémiologique inconnu (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)</i> selon la situation. ► Si l'utilisateur a été transféré, aviser le centre ou le service receveur. ► Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits selon le nombre de cas. ► Éviter de regrouper les contacts étroits avec des cas de COVID-19 ou avec des cas suspectés de COVID-19 (cas ayant des symptômes et en attente de résultat). ► Ne pas regrouper des usagers contacts étroits asymptomatiques avec des usagers contacts étroits symptomatiques. ► 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 des contacts étroits chez les travailleurs de la santé	Pour les indications de retrait, référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins .

Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)	
Précautions additionnelles	Contacts étroits usagers ► Référer au <i>Tableau 3 : Éclosion de COVID-19 – source de l'éclosion connue ET lien épidémiologique connu (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)</i>. ► Fin des précautions additionnelles : si aucun symptôme n'apparaît pendant les 10 jours suivant la dernière exposition à risque et que les dépistages sont négatifs. ► Si un contact étroit doit être placé en précautions additionnelles ou en isolement préventif et qu'une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 10 jours, poursuivre les mesures pour 10 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. Contacts élargis usagers Référer au <i>Tableau 3 : Éclosion de COVID-19 – source de l'éclosion connue ET lien épidémiologique connu (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)</i>. Cas suspecté ou cas de COVID-19 ► Instaurer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire. ► Référer aux documents cités en page 2.
Surveillance des symptômes et dépistage	Surveiller étroitement et activement les symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les contacts étroits et élargis (usagers et TdeS) : ► 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 dernier contact avec le cas de COVID-19. ► TdeS : Référer à : SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins.
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 des usagers qui sont des cas de 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.
Port du masque chez l'usager	► Référer au document SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins. ► Pour le port du masque chez la clientèle pédiatrique, référer à Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé.
Port du masque chez le travailleur de la santé	Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins.

Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)	
Hébergement	▶ Éviter d'héberger plus de deux cas de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers). ▶ Référer à la section <i>Options d'hébergement dans Préparation et prévention des éclosions</i> du présent document et aux directives du MSSS : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés.
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 et à https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgilea-003.pdf. ▶ Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ Référer aux protocoles de l'établissement ou du MSSS https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-control-des-infections/
Audits	Augmenter la réalisation des audits de processus lors d'une éclosion. Les audits primordiaux à effectuer sont l'hygiène des mains, le port et le retrait de l'ÉPI ainsi que les mesures en hygiène et salubrité. D'autres audits peuvent être ajoutés en fonction du milieu et de l'évaluation du risque.
Équipements de soins	▶ Dédier les équipements de soins à un seul usager lorsque possible. ▶ Dans une cohorte de cas de COVID-19 (ou une chambre considérée potentiellement contaminée), dédier les équipements de soins uniquement à cette cohorte. ▶ 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 en 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.).

Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)	
Ventilation et climatisation	Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation devraient être correctement installés et régulièrement inspectés et entretenus par la direction des services techniques de l'installation. Référez à : ▶ Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques ▶ Document d'appui destiné au Comité consultatif sur la transmission de la COVID-19 en milieux scolaires et en milieux de soins et sur le rôle de la ventilation Concernant les appareils mobiles de climatisation et les ventilateurs électriques, référez à : Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs portables et des ventilateurs électriques en milieux de soins dans un contexte de COVID-19
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 cohorte d'usagers qui sont des cas de COVID-19. Admettre uniquement des cas de COVID-19 dans ce type de cohorte. ▶ Respecter l'admission des usagers en fonction des critères de chacune des différentes cohortes. ▶ Informer les nouveaux usagers ou leurs représentants légaux de la présence d'une éclosion ainsi que des mesures de prévention et contrôle des infections à respecter. ▶ Si une unité spécialisée est en éclosion et doit poursuivre ses activités, faire une section non contaminée à l'intérieur même de l'unité pour les usagers nouvellement admis qui n'ont pas été exposés à l'éclosion en cours : ▶ TdeS dédiés ▶ Poste de travail séparé
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. ▶ Référez aux directives et aux critères du MSSS pour évaluer la possibilité d'une fermeture d'unité. ▶ 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.
Transfert interétablissements et entre unités	Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre ou l'unité receveur de la situation d'éclosion en cours.
Réouverture d'une unité fermée aux admissions	▶ Revoir quotidiennement la possibilité de réouverture de l'unité aux admissions. ▶ Référez aux critères du MSSS. ▶ 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/.

Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)	
Visiteurs, proches aidants et accompagnateurs	Référer aux directives du MSSS https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/centres-hospitaliers
Déplacements	▶ Suspendre l'accès des usagers aux aires d'entreposage ou aux aires communes (ex. : lingerie, cuisinette, machine à glace, etc.). ▶ L'utilisateur doit rester dans sa chambre individuelle avec salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance dédiée) sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués à sa chambre. Les interventions visant à éviter le déconditionnement de l'utilisateur (incluant les sorties de la chambre accompagnées) doivent être maintenues tout en respectant les mesures de PCI. ▶ Le port du masque médical est recommandé pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (TdeS, autre usager, visiteur, personne proche aidante). Référer à la section <i>Port du masque chez l'utilisateur</i>. ▶ Les usagers doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le déplacement des usagers si applicable et selon les modalités locales (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.). ▶ Privilégier les procédures thérapeutiques et sociales dans la chambre lorsque cela est possible. ▶ 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, 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.
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.
Mobilité des travailleurs de la santé	▶ 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 ne peuvent être exclusivement dédiés, ceux-ci devraient visiter en premier les usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition (référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins), suivi des usagers suspectés de COVID-19 ou avec critères d'exposition puis des usagers qui sont des cas de COVID-19.

Tableau 3 Écllosion de COVID-19 – source de l'écllosion connue ET lien épidémiologique connu (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)

		Mesures pour les usagers et les travailleurs de la santé ^{A, B}		
		Dépistages par TAAN	Isolement préventif ou retrait du travail travailleur de la santé	Autres mesures
Usager asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	► Jour 0, dès la découverte du cas - ET ► Dépister chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	10 jours	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
	CONTACT ÉLARGI	Jour 0 ^C , c'est-à-dire dès la découverte de l'écllosion	Non requis ^D	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
Travailleur de la santé asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	► Jour 0, dès la découverte du cas - ET ► Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Pour les indications de retrait du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, référer à la section 1 du document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins	► Autosurveillance des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition ► Auto-isolément strict lorsqu'au travail
	CONTACT ÉLARGI	Jour 0 ^C , c'est-à-dire dès la découverte de l'écllosion	Non requis	► Autosurveillance des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition ► Auto-isolément strict lorsqu'au travail

^A Si présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, dépister l'usager dès l'apparition des symptômes et le gérer comme un cas suspecté de COVID-19. Pour les TdeS, référer au document [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé](#).

^B Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins **sauf les personnes immunosupprimées, vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non**. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

^C Si aucun cas n'est trouvé, cesser les dépistages. Si des cas positifs sont découverts, poursuivre les dépistages chaque 2-3 jours. Le nombre et la fréquence des dépistages peuvent être ajustés selon la situation épidémiologique locale.

^D L'isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptomatique mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.)

Tableau 4 Écllosion de COVID-19 – source de l'écllosion inconnue OU lien épidémiologique inconnu (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)

		Mesures pour les usagers et les travailleurs de la santé ^{A, B}		
		Dépistages par TAAN	Isolement préventif ou retrait du travail travailleur de la santé	Autres mesures
Usager asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	► Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas ET ► Dépister chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	10 jours	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
	CONTACT ÉLARGI	► Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte de l'écllosion ET ► Jours 4-5^C	Non requis ^D	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
Travailleur de la santé asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	► Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas ET ► Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Pour les indications de retrait du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, référer à la section 1 du document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins	► Autosurveillance des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition ► Auto-isolement strict lorsqu'au travail
	CONTACT ÉLARGI	► Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte de l'écllosion ET ► Jours 4-5^C	Non requis	

^A Si présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, dépister l'usager dès l'apparition des symptômes et le gérer comme un cas suspecté de COVID-19. Pour les TdeS, référer au document [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé](#).

^B Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins **sauf les personnes immunosupprimées, vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non**. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

^C Si aucun cas n'est trouvé, cesser les dépistages. Si des cas positifs sont découverts, poursuivre les dépistages chaque 2-3 jours. Le nombre et la fréquence des dépistages peuvent être ajustés selon la situation épidémiologique locale.

^D L'isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptomatique, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

Gestion des travailleurs de la santé d'une unité en éclosion	
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 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, vaccination, 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 travailleurs de la santé	Référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins .
Suivis de l'éclosion	
Travailleur de la santé symptomatique	Référer à : SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins . Si présence de symptômes post-vaccination, référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19 en milieux de soins .
Travailleur de la santé exposé	Évaluation de l'exposition par le service de santé ou la DSPublique selon les modalités locales. Référer à : SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins .
Suivis des cas	Suivre quotidiennement l'évolution de l'éclosion avec le nombre de nouveaux cas nosocomiaux. Un outil qui permet de faire des courbes épidémiques est proposé pour les milieux de soins de courte durée et ceux de longue durée. Référer à : ▶ Soins courte durée - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19 ▶ CHSLD - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19 Un modèle de grilles de surveillance des cas et des contacts est proposé 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	▶ 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 (en soins de courte durée) ou taux d'attaque quotidienne (en soins de longue durée). Référer à : ▶ Soins courte durée - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19

Section 5 : Gestion de fin d'une éclosion

Mesures d'hygiène et salubrité	
Hygiène et salubrité	En ajout de toutes les activités de nettoyage et désinfection réalisées dans le cadre de la gestion d'une éclosion, ajouter les éléments suivants lors de la fin d'une éclosion : ▶ 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 de soins qui est présent dans les chambres et qui ne peut être nettoyé ou désinfecté. ▶ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste de garde, matériel informatique, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.). ▶ Nettoyer et désinfecter les chambres et autres espaces de l'unité qui n'ont pas été nettoyés et désinfectés lors de la cessation des précautions additionnelles ou le départ de l'usager. ▶ Les informations concernant le protocole de nettoyage et de désinfection lors de la fermeture d'une cohorte de cas suspectés de COVID-19 et d'une cohorte de cas de COVID-19 sur le site du MSSS. Technique - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact
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, les visiteurs, les familles et les 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.

Annexe 1 Tableau résumé des mesures de gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 et de gestion d'éclosion (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD) pour les usagers et les travailleurs de la santé^{A, B}

		Éclosion source inconnue OU lien épidémiologique inconnu		Éclosion source connue ET lien épidémiologique connu		1 cas unique de COVID-19 (source inconnue)		1 cas unique de COVID-19 (communautaire ou source connue)	
		Dépistages	Isolement préventif/ retrait	Dépistages	Isolement préventif/ retrait	Dépistages	Isolement préventif/ retrait	Dépistages	Isolement préventif/ retrait
Usager	CONTACT ÉTROIT^B	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	OUI 10 jours	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	OUI 10 jours	Jour 0 ET Jours 4-5 ET Jours 9-10	OUI 10 jours	Jour 0 ET Jours 4-5 ET Jours 9-10	OUI 10 jours
	CONTACT ÉLARGI^B	Jour 0 ET Jours 4-5 ^C	NON ^D	Jour 0 ^C	NON ^D	Jour 0	NON ^D	Aucun	NON ^D
Travailleur de la santé	CONTACT ÉTROIT^{A, B}	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Voir Document Gestion des TdeS en milieu de soins	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Voir Document Gestion des TdeS en milieu de soins	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Voir Document Gestion des TdeS en milieu de soins	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Voir Document Gestion des TdeS en milieu de soins
	CONTACT ÉLARGI^B	Jour 0 ET Jours 4-5 ^C	NON	Jour 0 ^C	NON	Jour 0	NON	Aucun	NON

^A Pour les indications supplémentaires de dépistage, de retrait ou non du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, référer au document [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins](#).

^B Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins **sauf les personnes immunosupprimées, vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non**. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

^C Si aucun cas n'est trouvé, cesser les dépistages. Si des cas positifs sont découverts, poursuivre les dépistages chaque 2-3 jours. Le nombre et la fréquence des dépistages peuvent être ajustés selon la situation épidémiologique locale.

^D L'isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptomatique, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

Références

- Alberta health services. (2022, 26 janvier). Recommendations for cohorting inpatients on additional precautions in acute care. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/ipc/if-hp-ipc-cohorting-isolation-patients.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2021, 23 décembre). *Prévention et contrôle de la COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/prevention-contrôle-covid-19-lignes-directrices-provisoires-deuxieme-version.html#a8.2>
- Australian Government National Health and Medical Research Council. (2021, 1^{er} juillet). *Australian guidelines for the prevention and control of infection in healthcare*. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-prevention-and-control-infection-healthcare-2019>
- British Columbia center for disease control. (2022, 2 février). *COVID-19: Outbreak management protocol for acute care, long-term care and seniors assisted living settings*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID-19_Provincial_Outbreak_Management_Protocol_LTC.pdf
- Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program. (2020, 1^{er} novembre). *Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/CNISP%20COVID-19_and_VRI_surveillance_protocol_01Nov2020_EN.pdf
- Centers for disease control and prevention. (2022, 2 février). *Interim infection prevention and control recommendations to prevent SARS-CoV-2 spread in nursing homes*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>
- Chughtai, A.A., Stelzer-Braid, S., Rawlinson, W., Pointivio, G., Wang, Q. et al. (2019, 3 juin). Contamination by respiratory viruses on outer surface of medical masks used by hospital healthworkers. *BMC Infectious diseases*, 19(491). <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4109-x>
- Communicable Diseases Network Australia. (2022, 14 janvier). *CDNA National guidelines for public health units in Australia*. <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cdna-song-novel-coronavirus.htm>
- Communicable Diseases Network Australia. (2022, 15 février). *CDNA national guidelines for the prevention, control and public health management of COVID-19 outbreaks in residential care facilities in Australia*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/cdna-national-guidelines-for-the-prevention-control-and-public-health-management-of-covid-19-outbreaks-in-residential-care-facilities-in-australia>
- 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>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022a, 14 février). Données sur les variants du SRAS-CoV-2 au Québec. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>
- Kasloff, S. B., Strong, J. E., Funk, D., Cutts, T. (2020, 12 juin). Stability of Sars-CoV-2 on critical personal protective equipment. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2020.06.11.20128884>
- 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>
- Krein, S.L., Mayer, J., Harrod, M., Weston, L.E., Gregory L., et al. (2018, 1^{er} décembre). Identification and characterization of failures in infectious agent transmission precaution practices in hospitals: a qualitative study. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 178(8), 1016 -1022. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.1898>

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*.
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-0504>

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, 945–851.
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>

Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2021a, 24 décembre). *COVID-19 Directive #3 for long-term care homes under the long term care homes act, 2007 issued under section 77.7 of the health protection and promotion act (HPPA), R.S.O. 1990, c. H.7.* http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/LTCH_HPPA.pdf

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

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

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

Public Health Ontario. (2021a, juillet). *Best practices for managing COVID-19 outbreaks in acute care settings.* https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2021/03/covid-19-pidac-outbreaks-acute-care.pdf?sc_lang=en

Public Health Ontario. (2021b, 4 mai). *De-escalation of COVID-19 outbreak control measures in long-term care and retirement homes.* https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ltrch/2020/06/covid-19-outbreak-de-escalation-ltrch.pdf?sc_lang=en

Public Health Ontario. (2021c, juin). *Interim guidance on infection prevention and control for health care providers and patients vaccinated against COVID-19 in hospital and long-term care settings.* https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2021/06/covid-19-vaccinated-patients-hcw-hospitals.pdf?sc_lang=en

Santé publique France. (2021, 22 octobre). *Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19.* <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>

Swissnoso. (2021, 29 mars). Gestion et contrôle des épidémies COVID-19 dans les établissements de santé. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2103_29_Control_of_healthcare-associated_COVID-19_outbreaks_V2.0_FR.pdf

United kingdom health security agency. (2022, 17 janvier). Infection prevention and control for seasonal respiratory infections in health and care settings (including SARS-CoV-2) for winter 2021 to 2022. <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control/covid-19-guidance-for-maintaining-services-within-health-and-care-settings-infection-prevention-and-control-recommendations#transmission-based-precautions>

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

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 5.6	2022-06-14	► Précisions concernant la prise en charge des personnes immunosupprimées dans les tableaux 1, 2, 3, 4 et l'annexe 1.
V 5.5	2022-05-19	► Modifications des tableaux 1,2,3,4 et annexe 1 ► Retrait notions protégée, partiellement protégée et non protégée.
V 5.4	2022-04-06	► Retrait de la section <i>Définitions</i>. Les définitions se trouvent maintenant regroupées dans le document SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins ► Ajout de la notion de surveillance des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition pour les personnes considérées protégées (usagers et TdeS) qui ont eu la COVID-19 depuis 3 mois et moins.
V 5.3	2022-02-25	► Ajustement des définitions de cas de COVID-19, de cas nosocomial et des statuts de protection. ► Modifications de la gestion des contacts : ► Réduction des dépistages pour un usager partiellement protégé considéré contact étroit, lors d'une exposition à un cas unique de COVID-19. ► Retrait de l'isolement préventif pour l'usager considéré contact élargi, tant dans une situation d'éclosion de source inconnue que lors d'une exposition à un cas unique de COVID-19 de source inconnue. ► Ajout de la notion d'isolement préventif de 10 jours pour un usager contact étroit et qui refuse les tests de dépistages. ► Arrimage des dépistages des TdeS contacts étroits avec le document de gestion des TdeS.
V 5.2	2022-02-18	► Retrait de la notion de contact étroit pour un usager non apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance). ► Transfert dans SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée des recommandations en lien avec la gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 et la gestion des éclosions pour les milieux de soins de longue durée. ► Bonification des définitions de cas suspecté de COVID-19 et de cas de COVID-19
V 5.1 (version non publiée)	2022-02-11	► Ajustement des définitions de contact étroit usager et TdeS. ► Retrait de ces sections de la définition contact étroit usager : ► Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ► Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : aide à l'alimentation, transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ► Retrait de ces sections de la définition contact TdeS : ► TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ► TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ► Retrait de la notion de « maintien à la chambre » pour les usagers contact élargi d'un cas unique de COVID-19 ou d'une éclosion (Tableaux 2 et 4).

Version	Date	Modifications
		► Précision apportée sur l'importance à accorder aux interventions pour la prévention du déconditionnement chez certains usagers.
V 5.0	2022-01-28	► Révision des dépistages pour les usagers et TdeS contacts élargis lors d'une exposition à un cas unique de COVID-19, d'une éclosion de source connue et d'une éclosion de source inconnue. ► Ajout d'une notion concernant la prise en charge des TdeS et des usagers ayant fait la COVID-19 depuis moins de 3 mois.
V 4.1	2022-01-06	► Ajustement des définitions contact élargi usager et travailleur de la santé et ajout de la notion du 20 décembre 2021 pour les infections antérieures
V 4.0	2021-12-21	► Ajustement de la définition de critère d'exposition, ajustement des définitions des statuts de protection, ajustement de la prise en charge de la gestion d'un cas unique et d'une éclosion en fonction du variant Omicron (tableaux 1 à 4), ajout d'un tableau résumé des mesures de gestion d'un cas unique et de gestion d'éclosion.
V 3.3	2021-12-02	► Ajustement de la définition des critères d'exposition en fonction de l'apparition de nouveaux variants.
V 3.2	2021-11-18	► Ajout de la définition de critères d'exposition et de maintien à la chambre, ajustement de plusieurs libellés du document pour arrimer avec les autres documents PCI. Bonification de la section Options d'hébergement.
V 3.0	2021-09-15	► Plusieurs ajouts et modifications faits dans l'entièreté du document : ajouts et modifications de définitions, mise à jour de la section options d'hébergement, refonte des sections Gestion des contacts d'un cas unique (usager ou TdeS) et Gestion d'une éclosion, retrait des algorithmes de gestion d'un cas unique et gestion d'une éclosion et remplacement par des tableaux synthèses, ajout de l'annexe Aide-mémoire des définitions contact étroit, contact élargi et statut immunitaire chez les usagers et TdeS.
V 2.0	2020-12-03	► Ajouts et modifications de définitions, modification des indications de dépistage en présence d'un premier cas COVID-19 (usager ou TdeS) ou de plusieurs cas COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion), remplacement de <i>l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'un premier cas pour la prévention d'une éclosion</i> par trois algorithmes, modifications de la section Rehaussement des dépistages, ajout de liens pour accéder à des courbes épidémiologiques des nouveaux cas de COVID-19

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

Marie-Claude Roy, présidente
Catherine Dufresne
Roseline Thibeault
Pascale Trépanier
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université
Laval

Nathalie Bégin
Centre intégré de santé et de services sociaux de la
Montérégie-Centre

Karine Boissonneault
Natasha Desmarteau
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Capitale-Nationale

Stéphane Caron
Chantal Richard, secrétaire du CINQ
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
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

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

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

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

Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers

Natasha Parisien, conseillère scientifique

Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique

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)

No de publication : 3066

**Institut national
de santé publique**

Québec

