

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

6 avril 2022 – version 13.0. Modifications apportées en jaune

Sommaire

Préambule	2
Préparation à la réception d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19	3
Mesures à appliquer en tout temps à titre préventif	4
Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou un cas de COVID-19 hébergé	7
Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19	19
Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou cas de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins	20

La mise à jour de ce document est basée sur la littérature disponible concernant le variant Omicron 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 au Québec (basé sur les données de criblage du LSPQ et de laboratoires sentinelles), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que la prévalence du variant Omicron (B.1.1.529) au Québec était de 100 % en date du 16 janvier 2022 (INSPQ, 2022a).
- ▶ Présentement, les données disponibles et limitées sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron ne permettent plus de considérer une personne ayant reçu deux doses de vaccin à ARNm comme étant adéquatement protégée contre l'infection par ce variant.
- ▶ Dans le contexte des connaissances actuelles, le Cinq recommande actuellement de considérer les personnes ayant reçu deux ou trois doses de vaccins ou ayant déjà fait la maladie depuis plus de 3 mois comme partiellement protégées face au variant Omicron et celles ayant fait la maladie depuis 3 mois et moins sont considérées protégées.
- ▶ 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 (HDM). **L'usager doit porter le masque médical** lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne même lorsqu'admis, hébergés ou inscrits.

Principales modifications

- ▶ Retrait de la section *Définitions*. 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](#)
- ▶ Ajustement de la durée d'isolement pour les usagers avec immunosuppression.
- ▶ Modification du contenu de la section « Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation » qui se nomme maintenant « *Déplacements et circulation de l'utilisateur durant l'isolement* ».
- ▶ Retrait de la notion de contact étroit pour un usager non apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance). Voir nouvelle définition de contact étroit usager dans le document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)

Préambule

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

Ce document présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en lien avec la présence du SRAS-CoV-2 en milieu de soins de courte durée. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et ce, tout en assurant la sécurité de la population.

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

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux directives ministérielles ainsi qu'aux autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>

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

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19

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

Définitions

Pour consulter les définitions utilisées en PCI pour la gestion de la COVID-19 dans les différents milieux de soins au Québec, référez au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)

Mesures à appliquer en tout temps à titre préventif

Mesures à appliquer en tout temps à titre préventif	
Affichage	<p>Renforcer l'affichage à toutes les entrées de l'installation, dans les aires d'attente du triage et du prétriage (si en place dans l'installation), dans les salles d'attente, dans la zone adjacente à une borne électronique d'inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d'accueil ou d'inscription à l'urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical. ▶ Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 pour les TdeS et les usagers. ▶ Promouvoir le respect de la distanciation physique. ▶ Identifier la salle d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Afficher s'il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes ainsi que les consignes à suivre. ▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin.
Pratiques de base	<p>Renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers, les TdeS, les visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'HDM avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les usagers, les TdeS, les visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains. ▶ L'hygiène et l'étiquette respiratoires. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires. ▶ L'hygiène et la salubrité de l'environnement selon les procédures de l'installation avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ La prise en charge des visiteurs, des accompagnateurs, des personnes proches aidantes et de la bulle familiale dans les secteurs pédiatriques et mère-enfant. <p>S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps. Référez à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Section <i>Équipement de protection individuelle</i> ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle.
Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Installer des stations d'hygiène des mains accessibles et sécuritaires. ▶ Le TdeS doit assister l'utilisateur pour procéder à l'hygiène des mains au besoin.
Vaccination des travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La vaccination contre le SRAS-CoV-2 chez les TdeS doit être considérée comme étant la première mesure préventive pour réduire le fardeau de la COVID-19 dans les milieux de soins. ▶ L'adhésion à la vaccination par les TdeS est une responsabilité collective dans un contexte de pandémie (Popescu, 2021). ▶ Référez aux directives ministérielles et au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

Mesures à appliquer en tout temps à titre préventif (suite)	
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▶ Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'usager suspecté de COVID-19. Si impossible, prévoir une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas). ▶ Port du masque médical pour l'usager. Si l'usager porte un masque médical ou un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque médical neuf. ▶ Référer à Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence.
Port du masque chez l'usager	<p>Le port du masque médical est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard au secteur où ils se trouvent. ▶ Usagers de l'urgence (couché sur civière ou non); le port du masque est recommandé en tout temps par l'usager si la configuration des lieux ne permet pas le respect de la distanciation physique de 2 mètres (ex. : absence de rideaux séparateurs ou de paroi de plexiglas entre les usagers). <p>Pour les usagers en ambulatoire (ex. : cliniques externes, médecine de jour), le port du masque est recommandé en tout temps.</p> <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne tolérant pas le port du masque. ▶ Usager qui dort. ▶ Interférence avec les soins. <p>Le masque médical utilisé par l'usager devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins. ▶ Être changé minimalement toutes les 24 heures. S'il est porté de façon soutenue, il doit être changé plus souvent. Le changer s'il est mouillé, souillé ou endommagé. <p>Pour le port du masque chez la clientèle pédiatrique, 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.</p> <p>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'usager infecté) diminue l'expulsion de particules respiratoires. Ajoutée au port du masque chez les TdeS, cette mesure est plus efficace que lorsque le masque n'est porté que par le TdeS (diminue le risque d'acquisition). Des données démontrent une diminution significative de la transmission nosocomiale avec le port universel du masque chez les usagers et les TdeS (Mermel <i>et al.</i>, 2020 ; Nguyen <i>et al.</i>, 2020 ; Seidelman <i>et al.</i>, 2020; Zhang <i>et al.</i>, 2020 ; Thompson <i>et al.</i>, 2021).</p>

Mesures à appliquer en tout temps à titre préventif (suite)	
Port du masque chez le travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un masque médical ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui est un cas suspecté ou qui est un cas de COVID-19. ▶ Un masque médical ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou un cas de COVID-19. ▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un autre TdeS. ▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être changé à la sortie de la chambre d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause. Pour les indications lors de soins aux cas de COVID-19, référer à la section Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte. ▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé. ▶ Être changé lors des pauses et des repas. ▶ Être porté pour une durée maximale de 4 heures outre les situations énumérées ci-haut.
Dépistage de l'usager avant le bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002939/. ▶ Référer à COVID-19 Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19.
Surveillance chez les usagers	<p>Afin d'identifier rapidement un cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Implanter une surveillance quotidienne des symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, peu importe le statut immunitaire, requiert une évaluation clinique par une autorité compétente et devrait être validée en complémentarité avec une prise de signes vitaux. ▶ Procéder à un prélèvement pour la recherche du SRAS-CoV-2 chez les usagers selon les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).
Surveillance chez les travailleurs de la santé	<p>Pour la gestion des TdeS, référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination COVID-19 en milieux de soins.</p>
Distanciation physique de l'usager	<p>Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : paroi de plexiglas, rideau séparateur) malgré le port du masque par l'usager.</p>
Distanciation physique des travailleurs de la santé	<p>Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres avec les autres TdeS et lorsque possible avec les usagers, en tout temps dans le milieu de soins. Référer à Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins.</p>

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

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'usager et les interventions effectuées.</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19.▶ Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie).▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat positif pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 hospitalisé lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>).▶ Les précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent être maintenues jusqu'à ce que le temps d'attente du changement d'air post IMGA soit terminé. Si le nombre de changements d'air est inconnu, il est proposé d'appliquer une attente d'environ six heures pour entrer dans la chambre sans protection respiratoire (déterminé en considérant le nombre minimum de changements d'air du tableau des normes canadiennes pour la tuberculose) (ASPC, 2014).▶ Pour un usager ayant eu une IMGA et dont le temps d'attente du changement d'air post IMGA est terminé ou un usager intubé en circuit fermé : appliquer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire. Cette mesure est déconseillée pour tout usager ou circonstance de soins où il y a un risque majeur de déconnexion du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale). <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 10 derniers jours (référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins)▶ Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire.

Mesures à appliquer en présence d'un cas **suspecté ou d'un cas de COVID-19** (suite)

Équipements de protection individuelle

Pour les recommandations en lien avec le port du masque, référer à la section *Port du masque chez les travailleurs de la santé*.

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

- ▶ Blouse de protection à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques.
- ▶ Masque médical à usage unique.
- ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour s'assurer que le masque médical n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas le port adéquat du masque médical. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne peuvent pas être considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

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

- ▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales.
- ▶ Appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou l'équivalent :
 - ▶ Les TdeS devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate.
- ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour assurer que l'APR n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas l'ajustement et l'étanchéité de l'APR. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne sont pas considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :

- ▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.
- ▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps.
- ▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

Retrait de l'équipement de protection individuelle

Si une cohorte de cas est présente, référer à la section *Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte* pour les indications et les options de retrait de l'ÉPI.

Le retrait de l'ÉPI doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du milieu de soins qui peuvent influencer le retrait sécuritaire de l'ÉPI afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises. Le lieu du retrait de l'ÉPI est donc déterminé localement selon la réalité de chaque unité/installation (ex. : présence de cohorte).

Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (corridor) à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'ÉPI.

L'ordre de retrait de l'ÉPI est tiré des méthodes de soins informatisées <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi>, mais il peut être adapté selon les modalités locales.

Une procédure pour le retrait de l'ÉPI est aussi disponible sur le site internet de l'ASSTSAS : <http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf>, mais il peut être adapté selon les modalités locales.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Pour terminer, retirer le masque puis procéder à l'hygiène des mains.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains puis sortir de la chambre avec l'APR.
- ▶ Pour terminer, retirer l'APR puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. L'APR ne doit pas être retiré à l'intérieur d'une pièce où est hébergé un usager en précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. L'endroit du retrait de l'APR est déterminé localement selon l'organisation physique des lieux (ex. : présence de cohorte).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)	
Interventions médicales générant des aérosols	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. ▶ Les IMGA à risque non documenté nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de précautions aériennes. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre au moment de l'ouverture de la porte et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port de l'APR pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA à risque reconnu ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce en tout temps avant la fin du temps d'attente, tout en limitant le temps d'ouverture de la porte au minimum pour ne pas perdre le différentiel de pression.</p>
Hébergement	<p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Éviter d'héberger plus de deux cas de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers) (référer à la section Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte). <p>Si l'utilisateur suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat ou si l'utilisateur qui est un cas de COVID-19 est en chambre multiple avec des usagers qui ne sont pas des cas de COVID-19 et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser le port du masque par l'utilisateur suspecté ou l'utilisateur qui est un cas de COVID-19 et pour les autres usagers partageant la chambre. ▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur). ▶ Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle) pour chaque usager. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Il est préférable de transférer dès que possible l'utilisateur suspecté ou confirmé de COVID-19 dans une chambre individuelle à pression négative. Cependant, il est acceptable de maintenir l'hébergement dans une chambre individuelle avec la porte fermée dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. ▶ Privilégier les chambres individuelles à pression négative pour les usagers suspectés ou les usagers qui sont des cas de COVID-19 qui nécessitent des IMGA en continu.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

Durée des mesures	<p>Informations générales</p> <p>Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) s'avère un excellent test pour diagnostiquer la maladie chez un usager symptomatique, mais il n'est pas un indicateur fiable pour déterminer la contagiosité des cas.</p> <p>En effet, un des meilleurs indicateurs de la période de contagiosité est le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes. Le pic de contagiosité survient environ 2 jours avant et au moment de l'apparition des symptômes. La contagiosité diminue rapidement par la suite sur une période de 7 à 8 jours chez la majorité des usagers avec une maladie légère ou modérée. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours chez les usagers en bonne santé avec maladie légère ou modérée (Wolfel <i>et al.</i>, 2020; Li <i>et al.</i>, 2020; Xiao <i>et al.</i>, 2020). Dans ce contexte et pour ce type d'usager, le TAAN n'est pas retenu comme un indicateur pour déterminer la contagiosité des cas afin de cesser les précautions additionnelles.</p> <p>Il est important de noter qu'il existe peu de données claires et précises présentant des résultats d'analyse avec cultures virales chez les personnes âgées (Santé publique Ontario, 2021). L'amélioration du tableau clinique ainsi que le délai écoulé depuis l'apparition des symptômes demeurent donc, pour le moment, les meilleurs indicateurs pour cesser les précautions additionnelles chez cette clientèle. Il est à noter qu'il est difficile de définir l'âge précis pour lequel une personne est considérée âgée, car il y a une absence ou une hétérogénéité au niveau des définitions de cette clientèle dans les différentes études.</p> <p>Contrairement aux autres catégories d'usagers, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires de laboratoire pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Santé publique Ontario, 2021; Aguinaga <i>et al.</i>, 2020; Benotmane <i>et al.</i>, (2020); DiCiaccio <i>et al.</i>, 2020; Wu <i>et al.</i>, 2020). Devant l'incapacité d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène, il est donc recommandé de retourner à une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle pour les usagers immunosupprimés sévères. Toutefois, il est impossible d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène.</p> <p>L'utilisation des tests de détection antigénique rapide (TDAR) est de plus en plus répandue dans les différents milieux et plusieurs instances les utilisent pour mettre fin aux isolements de la clientèle immunosupprimée (CDC, ECDC, Australie et Royaume-Uni). De plus, plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron, ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre les différents tests soit le TAAN-labo, les TDAR et la culture virale afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Des comparaisons avec la culture virale montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle et des études récentes ont démontré que la positivité des TDAR semble mieux corrélérer avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN-labo (Currie et al, 2022 ; Kohmer et al, 2021; McKay et al, 2021). C'est pourquoi une stratégie par TDAR est dorénavant privilégiée pour la clientèle immunosupprimée.</p> <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté de COVID-19, attendre la confirmation d'un résultat négatif du test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises puisqu'il peut s'agir d'une co-infection.</p>
--------------------------	---

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

Durée des mesures	<p>L'ensemble des facteurs suivants doit être pris en considération avant de cesser les précautions additionnelles.</p> <p>1. Usagers avec maladie légère ou modérée</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Isolement pour 10 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* ET▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) <p>Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.</p> <p>2. Usagers avec maladie sévère (c.-à-d. ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19 ou ayant nécessité des soins donnés habituellement dans une unité de soins intensifs) :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes ET▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). <p>Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.</p> <p>3. Usagers avec immunosuppression</p> <p>(Référer à la définition de l'INESSS : COVID-19 et personnes immunosupprimées)</p> <p>Une évaluation cas par cas doit être effectuée par l'équipe traitante dans le but de déterminer le degré d'immunosuppression selon le statut clinique de l'utilisateur.</p> <p>3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Isolement pour 14 jours avec deux TDAR** négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)
--------------------------	---

* Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement de 10 jours se calcule :
À partir de la **date du début des symptômes** si les symptômes apparaissent < 4 jours après la date du prélèvement.
À partir de la **date du prélèvement** si les symptômes apparaissent > 4 jours après la date du prélèvement.

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

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)	
Durée des mesures	<p>3.2 Usagers avec immunosuppression sévère</p> <p>(Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <p>L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR** à intervalle de 24 heures, afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement. L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique). Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 de l'usager est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (ex. : Décadron et Tocilizumab) Cogliati <i>et al.</i>, 2021 est aussi à évaluer par l'équipe traitante.</p> <p>Dans le contexte exceptionnel où il est médicalement impossible de déterminer le niveau d'immunosuppression, la stratégie suivante pourrait être considérée afin de cesser l'isolement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) ET ▶ Deux résultats de TDAR** négatifs, sur un écouvillon nasopharyngé ou des expectorations à intervalle de 24 heures. Les résultats doivent être interprétés par une autorité compétente (ex. : médecin traitant ou microbiologiste-infectiologue référent du CISSS/CIUSSS).
Prélèvements et laboratoire	Référer aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19); détection (TAAN) sur spécimen clinique .
Manipulation des prélèvements	Référer aux procédures de l'établissement.

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

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

Déplacements et circulation de l'utilisateur durant l'isolement

Durant l'isolement, les mesures de PCI suivantes peuvent contribuer à limiter la transmission de l'infection :

- ▶ Limiter les déplacements non nécessaires de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. Cependant, maintenir toutes les interventions visant à éviter le déconditionnement de l'utilisateur.
- ▶ Privilégier les procédures thérapeutiques et sociales dans la chambre lorsque cela est possible.
- ▶ Privilégier les consultations et interventions à la chambre de l'utilisateur sauf si le matériel médical nécessaire ne peut y être déplacé.

Si un déplacement est requis

- ▶ Le port du masque médical est recommandé pour l'utilisateur, sauf pour les exceptions mentionnées dans la section *Port du masque chez l'utilisateur*.
- ▶ L'utilisateur doit effectuer l'HDM en quittant sa chambre, ainsi qu'au retour à sa chambre. L'assister au besoin.
- ▶ Ne pas faire porter une blouse ou des gants à l'utilisateur dans le corridor.
- ▶ Si l'accompagnateur aide à l'installation de l'utilisateur avant le déplacement, il doit porter l'ÉPI requis selon les précautions additionnelles en place pour l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section *Retrait de l'équipement de protection individuelle*) puis procéder à l'HDM.
- ▶ Durant le transport, l'accompagnateur doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours.
- ▶ Lors d'un déplacement requis pour un examen à l'extérieur de son unité :
 - ▶ Aviser que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin de limiter le temps d'attente où l'utilisateur est susceptible d'entrer en contact avec d'autres usagers.
 - ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'ÉPI requis pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur.
 - ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements.
 - ▶ Au retour, nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le déplacement de l'utilisateur s'il s'agit de matériel partagé et selon les modalités locales (ex. : fauteuil roulant, civière, aide à la marche, etc.)
- ▶ Suite au passage de l'utilisateur, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement.
- ▶ Lors du transfert d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

<p>Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/centres-hospitaliers ▶ L'installation doit assurer une vigie chez les visiteurs et les personnes proches aidantes afin de vérifier s'ils présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou des critères d'exposition (référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Porter une attention particulière aux conjoints et aux parents qui passent plusieurs heures ou qui demeurent en tout temps dans le milieu de soins avec l'utilisateur (ex. : parents d'un enfant dans le secteur pédiatrique, conjoint d'une femme enceinte hébergée dans un secteur mère-enfant). ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite devra alors être reportée. ▶ Informer le visiteur et la personne proche aidante sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▶ Aviser le visiteur et la personne proche aidante de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'utilisateur. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation, pendant toute la durée de la visite. En cas de non-respect des mesures de PCI, la procédure locale sera appliquée pour s'assurer du respect de ces mesures. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit respecter les directives ministérielles pour le port du masque dans le milieu. Des adaptations locales pourraient être apportées pour des secteurs très restreints (milieux de vie, pédiatrie, secteur mère-enfant). ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes entrant dans la chambre d'un usager qui est un cas de COVID-19.
<p>Bénévoles</p>	<p>Référer aux directives ministérielles.</p>
<p>Stagiaires/étudiants et résidents/externes</p>	<p>Référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.</p>
<p>Hygiène corporelle des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers suspectés ou confirmés de COVID-19 (ex. : douche ou bain à la baignoire). <ul style="list-style-type: none"> ▶ Adapter au besoin le type de soins d'hygiène corporelle de l'utilisateur selon l'évaluation de sa condition médicale. ▶ Si l'utilisateur est conduit au bain ou à la douche partagée, s'assurer de respecter les mesures de PCI en lien avec le type de précautions additionnelles en place pour l'utilisateur. ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement entre chaque usager pour la désinfection des équipements utilisés pour les soins corporels (ex. : douche ou bain à la baignoire).
<p>Équipements de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Utiliser un produit approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'utilisateur. Si l'équipement doit être sorti de la chambre, une désinfection de l'équipement doit être réalisée entre chaque usager. ▶ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'utilisateur. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)	
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <p>Désinfection quotidienne</p> <p>Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact</p> <p>Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact</p> <p>Désinfection terminale</p> <p>Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact</p> <p>Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination des chambres et aires communes minimalement une fois par jour. ▶ S'assurer que le protocole de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées. ▶ Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ Ajuster la fréquence des entretiens selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Laver les vêtements conformément aux instructions du fabricant. Utiliser un détergent habituel et de l'eau à la température recommandée pour le vêtement. ▶ Ceux-ci n'ont pas à être lavés séparément des autres vêtements. ▶ Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement. ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

<p>Manipulation des dépouilles et autopsie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul en indiquant que la dépouille est COVID-19 positive avant de la sortir de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▶ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : réanimation cardio-respiratoire), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la COVID-19 selon les modalités prévues localement ou régionalement, pour une prise en charge adéquate. ▶ Procéder aux autopsies dans une pièce à pression négative et appliquer les précautions additionnelles aérienne-contact avec protection oculaire. <p>Pour des informations complémentaires, se référer à COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires</p>
<p>Ventilation et climatisation</p>	<p>Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation devraient être correctement installés et régulièrement inspectés et entretenus par la direction des services techniques de l'installation. Référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques ▶ Document d'appui destiné au Comité consultatif sur la transmission de la COVID-19 en milieux scolaires et en milieux de soins et sur le rôle de la ventilation <p>Concernant les appareils mobiles, référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19
<p>Formation</p>	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains ▶ Les avantages de la vaccination ▶ L'identification d'un cas suspecté de COVID-19 ▶ Les précautions additionnelles requises ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI ▶ Tout autre sujet relié à la COVID-19 et jugé pertinent (ex. : arrêtés ministériels, etc.)
<p>Audits</p>	<p>Effectuer des audits de processus. Les audits primordiaux à effectuer sont l'hygiène des mains, le port et le retrait de l'ÉPI ainsi que les mesures en hygiène et salubrité. D'autres audits peuvent être ajoutés en fonction du milieu et de l'évaluation du risque.</p>
<p>Communication</p>	<p>S'assurer que toutes les informations pertinentes à l'application des mesures de PCI sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>

Gestion des personnes exposées	
Exposition des travailleurs de la santé	Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins
Exposition des usagers	Pour plus de détails sur la prise en charge d'un usager répondant à la définition de contact étroit, référer à la section 3 : <i>Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou TdS)</i> du document SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieu de soins

Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli » ¹		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) avec maladie légère ou modérée</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre² depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19 ou ayant nécessité des soins donnés habituellement dans une unité de soins intensifs)</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre² depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
Plus de 14 ou 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager immunosupprimé excluant les immunosupprimés sévères</p> <p>Confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique)</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 14 jours avec deux TDAR³ négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR post début des symptômes avec absence de fièvre² depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager immunosupprimé sévère (ex. : greffé d'organes solides, greffé de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <p>Confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique)</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 21 jours avec deux TDAR³ négatifs à intervalle de 24 heures post début des symptômes avec absence de fièvre² depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	<p>Évaluation par l'équipe traitante pour déterminer le besoin ou non de précautions additionnelles.</p> <p>Si risque d'excrétion virale prolongée, instaurer une stratégie de tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations à intervalle de 24 heures) pour cesser l'isolement au moment opportun.</p>

¹ Référer à la définition d'usager « rétabli » [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)

² Sans prise d'antipyrétique.

³ Le TDAR doit être effectué par un professionnel de la santé. Si le TDAR n'est pas disponible dans le milieu, l'équipe traitante pourrait utiliser une stratégie par TAAN

Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou cas de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins

Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte	
Options d'hébergement	<p>Le Cinq recommande la mise en place de cohortes comme mesure de PCI pour la gestion des cas.</p> <p>Il s'agit d'un regroupement dans un lieu géographique spécifique et bien délimité physiquement d'usagers 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.</p> <p>Dans le contexte de la COVID-19, plusieurs types de cohortes peuvent être instaurées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cohorte de cas de COVID-19 (héberge des usagers confirmés par laboratoire et par TDAR avec histoire fiable) ▶ Cohorte de cas suspectés de COVID-19 (héberge des usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test pour le SRAS-CoV-2) ▶ Cohorte d'usagers 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'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) <p>Lorsque des cohortes sont mises en place, des mesures de PCI doivent être respectées.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bien délimiter les différentes cohortes afin que les gens puissent visualiser qu'ils entrent dans une cohorte. ▶ Si plusieurs types de cohortes sont créées, idéalement chaque TdeS devrait être dédié à une seule cohorte. ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés, ceux-ci devraient visiter en premier les usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition, suivi des usagers suspectés de COVID-19 ou avec critères d'exposition puis des usagers qui sont des cas de COVID-19. ▶ Privilégier l'utilisation des chambres individuelles afin de diminuer la concentration de cas (principe de densité d'usagers). ▶ Si deux cas suspectés de COVID-19 ou deux cas asymptomatiques ayant des critères d'exposition sont hébergés dans la même chambre, maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers. 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 usager. ▶ Dans une cohorte de cas suspectés de COVID-19 ou une cohorte d'usagers ayant des critères d'exposition, l'ÉPI complet doit être changé entre chaque usager puisque leur statut infectieux est inconnu. ▶ Dans une cohorte, peu importe le type, le poste de garde doit être considéré comme un endroit non contaminé sauf en de rares exceptions. Avant d'y entrer, l'ÉPI complet doit être retiré et un nouveau masque médical doit être revêtu. ▶ Le surplus d'équipement de soins et de matériel partagé jugé non nécessaire devrait être retiré des cohortes. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). ▶ Pour les 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.

Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte

Options d'hébergement

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

Il n'y a pas de recommandations ou de données scientifiques démontrant qu'un choix de pratique est 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 *et al.*, 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.

NOTIONS DE ZONES

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

- ▶ Les définitions de zones relèvent du MSSS.
- ▶ De façon générale, la création d'une zone chaude ou tiède se fait par le biais d'un regroupement (cohorte) d'usagers qui sont des cas de COVID-19 ou d'usagers suspectés de COVID-19 dans un endroit dédié dans le milieu de soins.

Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte

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

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2021, 17 décembre). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2021a, 16 juin). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>
- Aguinaga, L., Ursu, R., Legoff, J., Delauguerre, C., Nguyen, O., et al. (2020, 31 septembre). Prolonged positive SARS-CoV-2 RT-PCR in cancer outpatients requires specific reorganization of cancer centres. *Annals of Oncology*, 31(4). <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.08.1785>
- Arons, M.M., Hatfield, K.M., Reddy, S.C., Kimball, A., James, A. et al. (2020, 28 mai). Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England Journal of Medicine*, 382, 2081-2090. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457>
- Benotmane, I., Gautier-Vargas, G., Wendling, M-J., Perrin, P., Velay, A., et al. (2020, 12 septembre). In-depth virological assessment of kidney transplant recipients with COVID-19. *American Journal of Transplantation*, 20, 3162-3172. [10.1111/ajt.16251](https://doi.org/10.1111/ajt.16251)
- Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. et al. (2020, 15 novembre). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*, 71(10), 2663-2666. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>
- Canadian association of gastroenterology. (2020, 16 mars). COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 3(3), 147-149. [10.1093/jcag/gwaa012](https://doi.org/10.1093/jcag/gwaa012)
- Canadian nosocomial infection surveillance program. (2020, 28 avril). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf
- Centers for disease control and prevention. (2022a, 2 février). *Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
- Center for disease control and prevention. (2022b, 14 janvier). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
- Centers for disease control and prevention. (2021, 16 février). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19)*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
- Center for infectious disease research and policy. (2020, 9 mars). *Study highlights ease of spread of COVID-19 viruses*. <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/03/study-highlights-ease-spread-covid-19-viruses>
- Cheng, H.W., Jian, S.W., Liu, D.P., Ng, T.C., Huang, W.T., et al. (2020, 1^{er} mai). Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 180(9), 1156-1163. [10.1001/jamainternmed.2020.2020](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2020)
- Cogliati-Dezza, F., Olivia, F., Cancelli, F., Sayelloni, S., Valeri, S.A. et al. (2021, 12 février). Determinants of prolonged viral RNA shedding in hospitalized patients with SARS-CoV-2 infection. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 100(2), 115347. <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2021.115347>

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

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

Currie, D.W., Shah, M.M., Salvatore, P.P., Ford, L., Whaley, M.J. *et al.* (2022, 2 février). Relationship of SRAS-CoV-2 antigen and reverse transcription PCR positivity for viral cultures. *Emerging Infectious Diseases*, 28(3), 717-720. <https://doi.org/10.3201/eid2803.211747>

Di Ciaccio, P., McCaughan, G., Trotman, J., Ho P. J., Y Cheah, C. *et al.* (2020, 15 mai). Australian and New Zealand consensus statement on the management of lymphoma, chronic lymphocytic leukaemia and myeloma during the COVID-19 pandemic. *Internal Medicine Journal*, 50(6), 667-679. [10.1111/imj.14859](https://doi.org/10.1111/imj.14859)

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

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

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2021a, 17 mai). *COVID-19 et anosmie sévère brutale et perte de goût sans obstruction nasale*. Québec. <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/anosmie-perde-de-gout-obstruction-nasale-mise-a-jour-completee-01-04-2020.html>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2021b, 7 octobre). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Kasloff, S.B., Strong, J.E., Funk, D., Cutts, T. (2021, 13 janvier). Stability of Sars-CoV-2 on critical personal protective equipment. *Scientific report*, 984. <https://doi.org/10.1101/2020.06.11.20128884>

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

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>

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

Lombardi, A., Bozzi, G., Mangioni, D., Muscatello, A., Peri, A.M. *et al.* (2020, 6 mars). Duration of quarantine in hospitalized patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Journal of hospital infection* 105(3), 404-405. [10.1016/j.jhin.2020.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.003)

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

Lu, J., Peng, J., Xiong, Q., Liu, Z., Lin, H., *et al.* (2020, 24 août). Clinical, immunological and virological characterization of COVID-19 patients that test re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. *EBio Medicine*, 59(102960). [10.1016/j.ebiom.2020.102960](https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102960)

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>

Mermel, L. A. (2020, septembre). Respiratory protection for healthcare workers caring for COVID-19 patients. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 41(9), 1064-1065. [10.1017/ice.2020.175](https://doi.org/10.1017/ice.2020.175)

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

Nguyen, L.H., Drew, D.A., Graham, M.S., Joshi, A.D., Guo, C.-G., *et al.* (2020, septembre). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*, 5(9), 475-483. [10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)

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

Organisation mondiale de la Santé. (2021a, 19 mars). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance.* [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

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

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

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

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

Santé publique Ontario. (2021, 21 février). *Factors affecting COVID-19 period of communicability – What we know so far.* <https://www.publichealthontario.ca/en/diseases-and-conditions/infectious-diseases/respiratory-diseases/novel-coronavirus/what-we-know>

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

Seidelman, J.L., Lewis, S.S., Advani, S.D., Akinboyo, I.C., Epling, C., *et al.* (2020, 25 juin). Universal masking is an effective strategy to flatten the severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) healthcare worker epidemiologic curve. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 41(12), 1466-1467. [10.1017/ice.2020.313](https://doi.org/10.1017/ice.2020.313)

Thompson, E.R., Williams, F.S., Giacini, P.A., Drummond, S., Brown, E., *et al.* (2021, 29 mars). Universal masking to control healthcare associated transmission of SARS-CoV-2. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 1-24. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.127>

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

van Kampen, J., van de Vijver, D., Fraaij, P., Haagmans, B., Lamers, M., *et al.* (2021, 11 janvier). Shedding of infectious virus in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19): duration and key determinants. *Nature communications*, 267. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>

Wu, Y., Chen, W., Li, W., Zhao, M., Wei, Q., *et al.* (2020, 25 août). Clinical characteristics, therapeutic management, and prognostic factors of adult COVID-19 inpatients with hematological malignancies. *Leukemia and Lymphoma*, 61(14), 3440-3450. <https://doi.org/10.1080/10428194.2020.1808204>

Wu, Z. et McGoogan, J.M. (2020, 7 avril). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China. Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and prevention. *Journal of the American Medical Association*, 323(13), 1239-1242. [10.1001/jama.2020.2648](https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648)

Xiao, F., Sun, J., Xu, Y., Li, F., Huang, X., *et al.* (2020, 28 août). Infectious SARS-CoV-2 in feces of patient with severe COVID-19. *Emerging Infectious Disease*, 26(8), 10. [10.3201/eid2608.200681](https://doi.org/10.3201/eid2608.200681)

Zhang, X. S. et Duchaine, C. (2020, 28 octobre). SARS-CoV-2 and health care worker protection in low-risk settings: a review of modes of transmission and a novel airborne model involving inhalable particles. *Clinical Microbiology Review*, 34(1), 1-29. [10.1128/CMR.00184-20](https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20)

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 13.0	2022-04-01	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait de la section Définitions. 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 ▶ Ajustement de la durée d'isolement pour les usagers avec immunosuppression. ▶ Modification du contenu de la section « Transport de l'usager à l'intérieur de l'installation » qui se nomme maintenant « Déplacements et circulation de l'usager durant l'isolement ». ▶ Retrait de la notion de contact étroit pour un usager non apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance). Voir nouvelle définition de contact étroit usager dans le document SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins
V 12.1	2021-12-02	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajustement de la définition des critères d'exposition en fonction de l'apparition de nouveau variants.
V12.0	2021-11-18	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajouts et bonification de libellées dans l'ensemble du document : ajout de précisions pour le secteur pédiatrique, ajouts et modifications de définitions, bonification de la définition d'éclosion, bonification de la section « Surveillance chez les usagers », mise à jour de l'information pour les usagers hospitalisés/hébergés ayant voyagé à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours, précision sur le port adéquat de la protection oculaire, changements et précisions de la section « Cohorte de cas sur une même unité de soins »
V11.2	2021-06-22	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Changement de 3 à 6 mois pour l'usager considéré « rétabli ».
V11.1	2021-06-01	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.
V11.0	2021-05-13	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajouts et modifications de définitions, ajout de sections : vaccination TdeS, distanciation usagers et hygiène des usagers, bonification de sections : ÉPI, ventilation/climatisation, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères, refonte de la section Cohorte de cas sur une même unité de soins
V 10.0	2020-12-18	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajouts et modification des définitions, ajout de sections : hygiène des mains, port du masque chez l'usager, port du masque chez le TdeS, bonification des recommandations d'hébergement et de la section vêtements des TdeS, précisions temps d'attente des changements d'air post IMGA, précisions section « Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes »

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

Stéphane Caron
Chantal Richard, secrétaire du Cinq
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

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

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

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

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 et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray
Silvana Perna
Ministère de la Santé et des Services sociaux

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

Geneviève Anctil
Annick Boulais
Josiane Charest
Fanny Desjardins
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

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

SOUS LA COORDINATION

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

AVEC LA COLLABORATION DE

Josiane Charest, conseillère en soins infirmiers
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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 2906