

Modulation du port du masque en milieux de soins en fonction de la circulation des virus respiratoires

RECOMMANDATIONS
COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

AVIS ET RECOMMANDATIONS

MAI 2024

SOMMAIRE

Messages clés	2
Introduction	3
Méthodologie	4
Définitions	5
Faits saillants de la littérature	6
Recommandations	8

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Avis et recommandations* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui apprécient les meilleures connaissances scientifiques disponibles et y ajoutent une analyse contextualisée recourant à divers critères

et à des délibérations pour formuler des recommandations.

Les présentes recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) portent sur la modulation du port du masque en milieux de soins en fonction de la circulation des virus respiratoires. Les milieux de soins visés par les présentes recommandations sont les suivants :

- Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (unités de soins et urgence) et ambulatoires (cliniques médicales, groupes de médecine de famille et cliniques externes des centres hospitaliers);
- Centres hospitaliers en santé mentale (CHPSY), unités de soins de santé mentale en centre hospitalier et urgences psychiatriques;
- Centres de réadaptation en déficience physique;
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Autres milieux ou unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (ex. : Unité de soins en résidence privée pour aînés (RPA) ou autres milieux similaires qui s'apparentent à des soins de longue durée).

Puisque le CINQ n'émet pas de recommandations pour les « milieux de vie » sans unité de soins ni pour les « milieux ouverts », ces présentes recommandations ne s'appliquent qu'aux milieux cités ci-dessus.

MESSAGES CLÉS

- Le port universel du masque¹ s'est avéré utile comme mesure de prévention et de contrôle de la transmission du SRAS-CoV-2. Étant donné l'évolution de l'épidémiologie de ce virus s'ajoutant à d'autres virus respiratoires durant certaines périodes, l'utilisation du masque est une mesure qui peut **s'appliquer à l'ensemble des virus respiratoires**, notamment l'influenza et le virus respiratoire syncytial.
- Différents niveaux d'application du port du masque peuvent être instaurés dans certaines circonstances et en fonction de la circulation des virus respiratoires.
- La décision d'élargir les recommandations visant le port du masque doit relever de chacun des établissements en fonction de l'impact de l'ensemble des virus respiratoires sur leur contexte local ou régional.
- Des critères ont été élaborés pour soutenir la décision des établissements et sont présentés dans ce document. Ces critères prennent en compte la circulation et l'impact de tous les virus respiratoires et non seulement du SRAS-CoV-2.
- Ce document présente également des définitions permettant de faciliter l'application des recommandations en harmonisant les termes utilisés entre les établissements.

¹ Dans ce document, le terme « masque » réfère au masque médical.

1 INTRODUCTION

Depuis la levée au Québec de l'état d'urgence sanitaire due à la COVID-19, les mesures pour contrer la transmission du SRAS-CoV-2 se sont progressivement assouplies, autant dans les milieux de soins que dans la communauté. C'est le cas notamment du port universel du masque dans les milieux de soins. Il n'est désormais plus justifié d'appliquer le port du masque de façon uniforme, par tous et en tout temps, dans tous les milieux de soins du Québec.

Cependant, le port du masque demeure une mesure reconnue permettant de limiter la transmission des virus respiratoires, particulièrement lorsque le niveau de circulation de ces virus est élevé.

Les données historiques de surveillance et de vigie sur les virus respiratoires ont démontré qu'une circulation accrue de ces virus survient selon un cycle saisonnier, habituellement d'octobre à mars. Il est généralement convenu que le SRAS-CoV-2 continuera de circuler et s'ajoutera aux autres virus respiratoires déjà connus. Il n'est toutefois pas encore établi s'il présentera également une saisonnalité, et, si c'est le cas, à quelle période de l'année il circulera le plus.

Dans ce contexte, lors de périodes de circulation accrue d'un virus respiratoire, que ce soit l'influenza, le virus respiratoire syncytial (VRS), le SRAS-CoV-2, ou la co-circulation de plus d'un virus respiratoire, un ajustement des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), dont le port du masque, peut être requis.

La décision d'élargir les recommandations visant le port du masque doit relever de chacun des établissements en fonction de l'impact de l'ensemble des virus respiratoires sur leur contexte local ou régional.

Ce document découle d'un besoin identifié par les membres du CINQ et a pour objectif de soutenir les directions des établissements et les équipes de PCI dans la prise de décision concernant les recommandations sur le port du masque dans leurs milieux.

2 MÉTHODOLOGIE

Une revue de littérature scientifique ciblée fut effectuée dans la base de données PubMed en octobre 2023. Elle portait spécifiquement sur les impacts du port universel du masque pour la prévention de la transmission des virus respiratoires, autres que le SRAS-CoV-2, dans les milieux de soins. Un seul article répondant aux critères de recherche a été trouvé.

Les recommandations de différentes organisations de santé publique sur le port du masque en milieu de soins comme mesure de prévention et de contrôle des infections par le SRAS-CoV-2 ou d'autres virus respiratoires ont également été consultées entre octobre 2023 et janvier 2024.

Les recommandations contenues dans ce document émanent d'un consensus d'experts, en concordance avec les recommandations des autres instances scientifiques de PCI, dans le but de protéger les usagers, notamment ceux ayant un ou plusieurs critères de vulnérabilité, ainsi que les travailleurs de la santé (TdeS). Plus globalement, la démarche s'inscrit dans un processus d'évaluation et de gestion de risque inspiré du document de l'Institut national de santé publique du Québec *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence* (INSPQ, 2016).

Ces recommandations pourraient être révisées en fonction de l'évolution de l'épidémiologie, de la littérature scientifique et des recommandations des instances de santé publique nationales et internationales.

Instances consultées

AHS	Alberta Health Services
ASPC²	Agence de la santé publique du Canada
BCMh	British Columbia Ministry of Health
CDC	Centers for Disease Control and prevention
ECDC	European centre for disease prevention and control
NHS	National Health Service - England
OMS	Organisation mondiale de la santé
SPO	Santé publique Ontario

² Les documents de l'ASPC ont été consultés, mais ne sont pas mentionnés dans ce document puisque cette instance n'a pas émis de recommandations récentes au sujet du port du masque dans les milieux de soins en fonction du SRAS-CoV-2 ou des autres virus respiratoires.

3 DÉFINITIONS

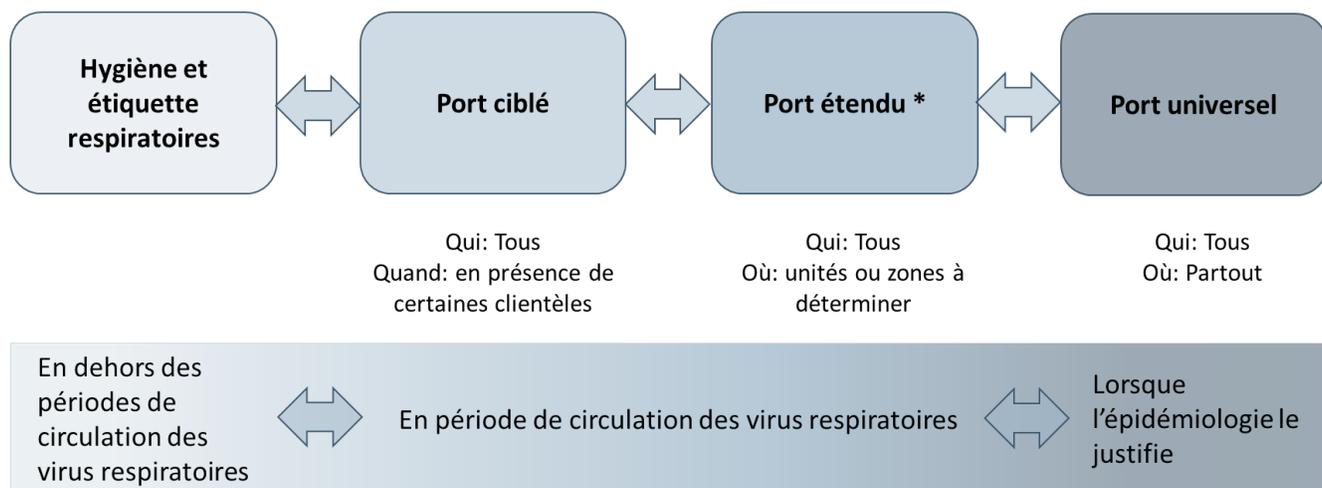
Pratiques de base : Les pratiques de bases incluent l'hygiène et l'étiquette respiratoires, dont le port du masque par la personne qui présente des symptômes d'une infection respiratoire. Voir le document [Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires](#).

Précautions additionnelles : Les précautions additionnelles s'ajoutent aux pratiques de base et ne les remplacent pas. Voir le document [Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles](#).

Port du masque :

- **Port ciblé :** Port du masque médical lors d'interactions cliniques avec certaines clientèles vulnérables par les TdeS, les visiteurs, les bénévoles et les étudiants. Cela inclut également le port du masque par la clientèle vulnérable en ambulatoire, ainsi que celle hospitalisée souhaitant se protéger;
- **Port étendu :** Port du masque médical par tous (TdeS, visiteurs, usagers, bénévoles, étudiants, etc.), dans certaines unités ou zones déterminées par les établissements ou installations;
- **Port universel :** Port du masque médical par tous (TdeS, visiteurs, usagers, bénévoles, étudiants, etc.) et en tout temps, dès l'entrée dans le milieu de soins.

Figure 1 Schéma présentant les niveaux de port du masque selon la situation épidémiologique des virus respiratoires



* S'applique entres autres lors d'une situation d'écllosion d'un virus respiratoire.

Zones cliniques³ : Espaces où les TdeS interagissent avec les usagers généralement dans un contexte de diagnostic, de traitement ou de soins.

Zones communes³ : Espaces où les TdeS et les usagers peuvent se croiser, mais où ne sont habituellement pas réalisées des activités de diagnostic, de traitement ou de soins (ex. : ascenseurs, cafétéria, salon des usagers en centre d'hébergement de soins de longue durée, etc.).

Zones administratives³ : Espaces généralement non fréquentés par les usagers.

Clientèles vulnérables : Les clientèles vulnérables aux complications dues aux infections par des virus respiratoires incluent notamment les suivantes, mais d'autres pourraient être considérées selon le jugement des cliniciens :

- Usagers hébergés/hospitalisés sur une unité d'hémo-oncologie ou de néonatalogie;
- Usagers d'hémo-oncologie ou de néonatalogie hébergés sur une autre unité de soins;
- Usagers avec immunosuppression sévère (greffe d'organe solide, greffe de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).

4 FAITS SAILLANTS DE LA LITTÉRATURE

Le port du masque est recommandé pour diminuer le risque de transmission de virus respiratoires lorsque des cas sont présents dans les milieux de soins, autant chez les usagers que chez les TdeS.

Comme mentionné dans le document [SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieu de soins](#) (CINQ, 2023), pendant les périodes de haute circulation du SRAS-CoV-2, des études ont permis de démontrer que le contrôle de la source (soit le port du masque par une personne infectée), ajouté au port du masque par le TdeS, est plus efficace que lorsque le masque est porté seulement par le TdeS (Mermel *et al.*, 2020; Nguyen *et al.*, 2020; Seidelman *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020; Thompson *et al.*, 2021).

Une autre étude (Ambrosch *et al.*, 2022), réalisée avant la pandémie de COVID-19 (soit de 2015 à 2019), a évalué l'impact du port obligatoire du masque par les TdeS lors de la présence d'usagers hospitalisés infectés par l'influenza. Dans cette étude, le port du masque devenait obligatoire pour le personnel lorsqu'au moins trois usagers étaient hospitalisés avec un diagnostic d'influenza en même temps sur une même unité. Les auteurs ont ainsi noté que pendant les saisons où le port du masque était obligatoire, il y avait une diminution de 50 % de l'incidence de l'influenza nosocomiale chez les usagers, associée également à une diminution de 85 % de la mortalité nosocomiale due à l'influenza.

Il existe cependant peu de littérature scientifique qui appuie la recommandation du port du masque pendant de longues périodes ou qui précise à quel moment l'instaurer (ou la retirer) en l'absence de cas hospitalisés.

³ Il est de la responsabilité de l'installation de déterminer à quelle définition correspond le poste infirmier, en tenant compte des contacts avec la clientèle.

Les opinions d'experts publiées dans des revues scientifiques sont divergentes, certaines sont en faveur de l'abandon du port universel du masque lors d'une faible circulation du SRAS-CoV-2 et des autres virus respiratoires, d'autres proposent l'inclusion du port universel du masque dans les pratiques de base. Plusieurs s'entendent cependant pour dire qu'il peut être utile, dans certaines circonstances, d'instaurer le port du masque de façon préventive dans les milieux de soins lors des périodes de haute circulation des virus respiratoires (Birgand *et al.*, 2023; Kalu *et al.*, 2023; Klompass *et al.*, 2023; Plachouras *et al.*, 2023; Shenoy *et al.*, 2023; Srigley *et al.*, 2024).

Certaines organisations de santé publique ne tiennent compte que du niveau de circulation du SRAS-CoV-2 dans leurs recommandations concernant le port du masque en milieu de soins (OMS, AHS), mais la plupart considèrent également les niveaux de circulation d'autres virus respiratoires (ECDC, CDC, SPO, BCMH).

En Angleterre, le NHS recommande de considérer le port du masque par les TdeS en zones cliniques affectées lors d'une écloison due à un agent pathogène respiratoire. Dans ces circonstances, les CDC recommandent également le port du masque par les TdeS et les usagers.

En période à plus haut risque (par exemple : forte transmission des virus respiratoires, nombre élevé de cas de COVID-19 ou d'autres virus respiratoires, impact important sur le système de santé, etc.) :

- L'OMS recommande le port universel⁴ du masque;
- L'ECDC recommande le port universel⁵ du masque dans les établissements de soins aigus;
- Le BCMH (Colombie-Britannique) recommande plutôt le port du masque par les TdeS et les visiteurs en zones cliniques et en zones communes. Le BCMH recommande également le port du masque par les usagers dans les départements d'urgence et toutes les salles d'attente;
- SPO (Ontario) recommande au minimum le port du masque par les TdeS lors de soins directs aux usagers et selon une évaluation locale du risque pour les autres situations;
- Les CDC mentionnent que les établissements peuvent choisir d'instaurer une utilisation plus étendue du masque selon l'évaluation des risques ou selon la vulnérabilité des usagers sur certaines unités;
- L'AHS (Alberta) recommande également de laisser la décision aux établissements selon leur évaluation locale. Lorsqu'un établissement décide de rehausser les mesures, l'AHS recommande le port du masque par les TdeS en zones cliniques et en zones communes et pour les usagers et visiteurs de l'urgence.

⁴ Selon l'OMS, le port universel du masque est obligatoire pour toutes les personnes (personnel, patients, visiteurs, prestataires de services et autres) dans les établissements de santé à tout moment, sauf lorsqu'elles mangent ou boivent.

⁵ Selon l'ECDC, le port universel du masque est le port du masque médical par le personnel, les visiteurs et les patients des établissements de soins de santé primaires et secondaires dans les zones communes de l'hôpital, les chambres des patients et autres zones où les soins aux patients sont prodigués.

En dehors des périodes à plus haut risque, l'OMS recommande le port du masque dans les zones cliniques par les TdeS seulement et l'ECDC précise que le port universel du masque ou le « masquage clinique ciblé » peuvent être interrompus. Les CDC, SPO et AHS prônent un retour aux indications habituelles de port du masque.

Aucune des instances consultées ne se prononce sur l'utilisation de seuils chiffrés permettant de déterminer le moment exact de modulation des mesures recommandées.

5 RECOMMANDATIONS



L'hygiène des mains ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires, incluant le port du masque comme contrôle à la source lors de la présence de tout symptôme d'infection respiratoire aiguë, sont des pratiques de base qui doivent être maintenues en tout temps dans les milieux de soins, peu importe la circulation des virus respiratoires.

Puisque l'épidémiologie des virus respiratoires peut être différente d'une région à l'autre et changer dans le temps, la décision de recommander le port du masque en fonction de la circulation des virus respiratoires devrait être prise localement par chacun des établissements de soins.

Il est important de rappeler que le port du masque fait partie d'une [hiérarchie des mesures](#) de contrôle qui doivent être mises en place pour avoir le meilleur impact sur la prévention de la transmission des virus respiratoires en milieux de soins (CINQ, 2018).

Lorsque le port du masque n'est pas recommandé, le choix individuel de le porter doit être respecté.

5.1 Recommandations en dehors des périodes de circulation des virus respiratoires

Les mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoires s'appliquent en tout temps, même lorsque les virus respiratoires circulent moins (étant donné que certains virus peuvent circuler pendant toute l'année). Le port ciblé du masque peut également être appliqué pour certaines clientèles, en fonction de l'évaluation du risque, à tout moment durant l'année.

Les autres situations nécessitant le port du masque demeurent également en vigueur, comme lors de l'application des précautions additionnelles ou en situation d'éclosion.

5.2 Recommandations en période de circulation des virus respiratoires ou lors d'éclosions

Selon la clientèle, la morbidité et la mortalité associées à l'ensemble des virus respiratoires demeurent importantes. De plus, la transmission nosocomiale peut avoir un impact sur le système de santé, entre autres sur la disponibilité des ressources humaines ou sur la continuité des soins et services. Tous ces éléments justifient l'application de mesures plus strictes durant ces périodes.

Lorsque la circulation des virus respiratoires augmente, les établissements devraient évaluer le risque et peuvent prendre la décision d'instaurer le port du masque ciblé, étendu ou universel. Les installations peuvent également moduler les consignes de port du masque selon leur contexte.

Bien que certaines clientèles soient habituellement reconnues comme étant plus [vulnérables](#), il revient aux établissements/installations (en collaboration avec les cliniciens) de déterminer les clientèles ou les unités à prioriser pour appliquer la mesure choisie concernant le port du masque.

La façon d'appliquer le port du masque doit être vue sur un continuum en fonction du risque que représente la circulation des virus respiratoires pour le milieu (voir [figure 1](#)). Les niveaux de port du masque n'ont cependant pas nécessairement à être appliqués de façon séquentielle. Le port universel représente l'extrémité de ce continuum et devrait généralement être réservé à certaines situations telles que la circulation d'un nouveau virus peu caractérisé ou lorsque la situation épidémiologique le justifie.

Les critères décrits à la [section 5.3](#) permettent d'orienter la décision des établissements pour déterminer le niveau de port du masque le plus adéquat pour leurs milieux. Afin de favoriser l'adhésion à la recommandation du port du masque lorsque la situation est plus critique, les établissements l'ayant instauré devraient évaluer la nécessité de maintenir cette mesure lors de changements importants au niveau de ces critères. Des modifications fréquentes de recommandations peuvent cependant être difficiles à appliquer et sont à éviter.

5.2.1 Facteurs à considérer

Certains facteurs sont à prendre en considération dans la façon d'appliquer les recommandations sur le port du masque :

- Le port étendu devrait être instauré lors d'une éclosion de virus respiratoires;
- Dans les zones où les TdeS ne sont pas en contact avec les usagers/visiteurs, le bénéfice du port du masque par les TdeS est moindre, à moins qu'il n'y ait des cas parmi les TdeS entraînant un impact direct sur les services;
- Dans un contexte de milieu de vie, interagir uniquement avec des gens portant un masque représente généralement un fardeau plus lourd pour les usagers que dans les CHSGS;
- Des exclusions s'appliquent pour le port du masque par les usagers (usagers seuls dans leur chambre, ne tolérant pas le masque, endormis, ou en cas d'interférence avec les soins).

5.3 Critères pour orienter la prise de décision

Il n'y a pas de critère unique ou de date prédéfinie justifiant d'instaurer ou de cesser le port du masque dans les milieux de soins. Un ensemble de facteurs est plutôt à considérer pour la prise de décision. En raison de la variabilité des contextes et de l'absence de données permettant de le justifier, des taux précis n'ont pas été établis pour chacun de ces critères, mais le suivi des tendances (augmentation ou diminution) peut orienter la prise de décision.

Il n'est pas nécessaire de considérer tous les critères mentionnés ci-dessous pour justifier un ajustement des consignes concernant le port du masque. L'impact de ces facteurs doit être évalué en fonction du contexte local :

- Indicateurs de l'épidémiologie des virus respiratoires : par exemple les virus en circulation, le nombre de cas, le pourcentage de positivité des tests, le nombre d'hospitalisations dues à des infections respiratoires virales, le nombre d'éclotions active dans l'établissement ou dans les milieux de soins de la région, les tendances de la surveillance des eaux usées, etc.;
- Si des indices québécois d'activité des virus respiratoires sont disponibles, ils peuvent être considérés comme des indicateurs parmi d'autres du niveau de transmission communautaire;
- Le nombre de TdeS retiré du travail en raison d'infections respiratoires au sein de l'établissement;
- La pression exercée sur l'établissement par l'augmentation des cas d'infections par les virus respiratoires (ex. : manque de ressources humaines ou de lits);
- La clientèle du milieu de soins (ex. : les décisions pourraient être prises différemment en pédiatrie ou dans un milieu de vie).

RÉFÉRENCES

Alberta Health Services. (2023). *Use of masks to prevent transmission of COVID-19*. <https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-ahs-masks-hcs-315.pdf>

Ambrosch, A., Luber, D., Klawonn, F. et Kabesch, M. (2022). A strict mask policy for hospital staff effectively prevents nosocomial influenza infections and mortality: monocentric data from five consecutive influenza seasons. *The Journal of hospital infection*, 121:82-90. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.12.010>

Birgand G., Landelle, C., Price, J.R., Mutters, N.T., Morgan, D.J., et al. (2023). Considerations for de-escalating universal masking in healthcare centers. *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology*, 3(1): E128. <https://doi.org/10.1017/ash.2023.200>

British Columbia Ministry of Health. (2023). *Infection prevention and control measures for viral respiratory illness season*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/Respiratory/Policy_Communique_Infection_Prevention_Control_Measures_Respiratory_Illness.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2018). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hiérarchie des mesures de contrôle des infections*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2437>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2023). *SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3102-choix-port-masque-medical-milieux-soins-covid19>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Considerations for infection prevention and control practices in relation to respiratory viral infections in healthcare settings*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-infection-prevention-and-control-practices-relation-respiratory>

Institut national de santé publique du Québec. (2016). *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence*. <https://www.inspq.qc.ca/evaluation-et-gestion-des-risques/la-gestion-des-risques-en-sante-publique-au-quebec-cadre-de-reference>

Kalu, I.C., Henderson, D.K., Weber, D.J. et Haessler, S. (2023). Back to the future: redefining « universal precautions » to include masking for all patients encounters. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 44(9):1373-1374. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.2>

Klompas, M., Baker, M.A., Rhee, C. and Baden, L.R. (2023). Strategic masking to protect patients from all respiratory viral infections. *New England Journal of Medicine*, 389(1):4-6. <https://doi.org/10.1056/nejmp2306223>

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

National Health Service – England. (2023). *National infection prevention and control manual (NIPM) for England*. <https://www.england.nhs.uk/national-infection-prevention-and-control-manual-nipcm-for-england/>

Nguyen, L.H., Drew, D.A., Graham, M.S., Joshi, A.D., Guo, C.-G., et al. (2020). 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. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30164-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30164-x)

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Infection prevention and control in the context of COVID-19: a guideline*.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-guideline-2023.4>

Plachouras, D., Kacelnik, O., Rodríguez-Baño, J., Birgand, G., Borg, M.A., *et al.* (2023). Revisiting the personal protective equipment components of transmission-based precautions for the prevention of COVID-19 and other respiratory virus infections in healthcare. *Eurosurveillance*, 28(32):2200718.

<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.32.2200718>

Santé Publique Ontario. (2023). *Interim Infection Prevention and Control Measures Based on Respiratory Virus Transmission Risk in Health Care Settings*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/I/2023/ipac-measures-transmission-risks-technical-brief.pdf>

Seidelman, J.L., Lewis, S.S., Advani, S.D., Akinboyo, I.C., Epling, C., *et al.* (2020). 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.

<https://doi.org/10.1017/ice.2020.313>

Shenoy, E.S., Babcock, H.M, Brust, K.B., Calderwood, M.S., Doron, S. *et al.* (2023). Universal masking in health care settings: a pandemic strategy whose time has come and gone, for now. *Annals of internal medicine*, 176(6): 859-861.

<https://doi.org/10.7326/M23-0793>

Srigley, J.A., Fulford, M., Ali, K. et Grant, J.M., (2024). Stepping on the brakes of the DeLorean: Considerations before implementing universal masking. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1-2. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.59>

Thompson, E.R., Williams, F.S., Giacin, P.A., Drummond, S., Brown, E., *et al.* (2021). Universal masking to control healthcare associated transmission of SARS-CoV-2. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 43(3):1-24.

<https://doi.org/10.1017/ice.2021.127>

Zhang, X.S. et Duchaine, C. (2020). 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):e00184-20.

<https://doi.org/10.1128/cmr.00184-20>

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

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

Jean-François Laplante
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

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

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Dominique Grenier
Patricia Hudson
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

Maude Bigras
Marielle Bolduc
Annick Boulais
Fanny Desjardins
Valérie Labbé
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

Modulation du port du masque en milieux de soins en fonction de la circulation des virus respiratoires

AUTEURS ET AUTRICES

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Maude Bigras, conseillère scientifique
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Dominique Grenier, cheffe d'unité scientifique
Direction des risques biologiques

RÉVISION

Cassi Bergeron-Caron, conseillère scientifique
Louise Valiquette, médecin-Conseil
Direction des risques biologiques

Nadia Desmarais, adjointe à la direction -Volet PCI
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Les réviseuses ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs et autrices ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Marie-Amélie Bras, 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.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-97787-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

N° de publication : 3500