

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

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

Mise à jour le **22 juin 2021 – Version 11.2** modifications apportées en jaune

Sommaire

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	3
Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	10
Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé	11
Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19	22
Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins	23

Une bonne couverture vaccinale tant chez les travailleurs de la santé (TdeS) que chez les usagers diminue le risque de transmission nosocomiale dans les milieux de soins. L'augmentation progressive des taux de couverture vaccinale (1 dose) pour l'ensemble de la population ainsi que celui des TdeS (2 doses) de même que la présence de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec actuellement influencent nos recommandations :

- ▶ Le TdeS doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que les directives ministérielles et les consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains).
- ▶ Le statut immunitaire du TdeS permet de moduler les indications de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19.
- ▶ Le CINQ surveille de près les données épidémiologiques de la vigie génomique des variants qui permet de documenter la progression des cas de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 parmi l'ensemble des cas de COVID-19. Advenant des données épidémiologiques démontrant la circulation de ces variants pour lesquels il y a des preuves scientifiques d'échappement immunitaire significatif, les recommandations seront ajustées en conséquence et une mise à jour du document [Variants préoccupants du SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#) sera produite.

Préambule

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines espèces peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche SRAS-CoV-2. L'appellation SRAS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) est utilisée pour désigner le coronavirus lié à l'actuelle pandémie, tandis que le terme COVID-19 (pour Coronavirus Disease 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

Ce document présente les mesures de prévention et contrôle des infections 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). Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique, les nouvelles connaissances sur ce virus et sur l'efficacité des mesures préventives. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).

L'identification rapide d'un usager ou d'un travailleur de la santé (TdeS) pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application des mesures de PCI sont prioritaires pour prévenir une transmission du virus.

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 confirmé 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	Référer 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	
Cas aux fins de surveillance	<p>La COVID-19 est une maladie surveillée dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la pandémie de SRAS-CoV-2.</p> <p>Cas confirmé par laboratoire et cas confirmé par lien épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer à la définition de cas au Définition de cas de COVID-19 – Québec ▶ Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).
Cas suspecté de COVID-19	Usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test ou en attente de résultat de test de laboratoire pour la COVID-19.
Travailleurs de la santé (TdeS)	<p>Toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec la clientèle OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	De 48 heures précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique, jusqu'à la levée de l'isolement (référer à la section <i>Durée des mesures</i>).
Cas nosocomial usager	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15 de l'arrivée dans le milieu de soins. <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours et plus et jusqu'à 14 jours depuis son arrivée dans le milieu de soins (période maximale d'incubation du virus) (CNISP, 2020). <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours (CNISP, 2020) après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et à la suite de l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p>
Cas nosocomial TdeS	Cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique et relié épidémiologiquement à un cas confirmé de COVID-19 (usager ou TdeS) ET absence d'exposition claire à un cas de COVID-19 dans la communauté.

Définitions (suite)	
Contact étroit usager	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté par le TdeS, le port du masque médical par l'utilisateur, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché d'un usager avec un TdeS, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'utilisateur et le TdeS.</p> <p>Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglass, etc.) qu'un cas confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité. OU ▶ Usager qui n'est pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé de COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition. OU ▶ Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé de COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les usagers suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces usagers serait alors effectué au même moment que les autres usagers contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit ET ▶ Séjournant sur une unité de soins, où il y a présence d'un cas confirmé de COVID-19 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Chez un usager confirmé pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité. OU ▶ Chez un TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne (ex. : partage d'équipement de soins, partage du même personnel de soins).</p>

Définitions (suite)	
Contact étroit travailleur de la santé	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté adéquatement par le TdeS, le port du masque médical par l'usager, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : déplacement d'un ÉPI pendant la mobilisation de l'usager, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). Référer à : SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical* et ayant donné des soins à un usager confirmé de COVID-19 à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées durant sa période de contagiosité. OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant eu des contacts significatifs à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées avec un TdeS confirmé de COVID-19 qui portait adéquatement ou non un masque médical durant sa période de contagiosité (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.) OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement l'appareil de protection respiratoire ou le masque médical ET la protection oculaire et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les TdeS suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces TdeS serait alors effectué au même moment que les autres TdeS contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS ET ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un usager confirmé de COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité OU ▶ D'un TdeS confirmé de COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.</p>
Éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deux cas (usagers et/ou TdeS) nosocomiaux (peu importe le type de variants) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas. ▶ Dès le premier cas nosocomial, il pourrait être requis, à des fins d'interventions, d'instaurer immédiatement les actions nécessaires en présence d'une éclosion. L'évaluation du service de PCI ou de la DSPublique est nécessaire dans cette situation. Référer à : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.

* Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou au type d'APR.

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps

<p>Affichage</p>	<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 zone 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. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
<p>Pratiques de base</p>	<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 TdeS, les usagers, les visiteurs 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 et des personnes proches aidantes. <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.
<p>Hygiène des mains</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Installer des stations d’hygiène des mains accessibles et sécuritaires : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ex. : Présence de distributeurs de SHA à la porte des chambres ou dans les chambres. ▶ Le TdeS doit assister l’usager pour procéder à l’hygiène des mains au besoin.
<p>Vaccination des TdeS</p>	<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 au Protocole d’immunisation du Québec (PIQ).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (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. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▶ Référer à : Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence.
Port du masque chez l'utilisateur	<p>Le port du masque médical* est recommandé pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (TdeS, autre usager, visiteur). Ceci est applicable pour tous les secteurs de soins et tout autre milieu lors de la prestation des soins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usagers en ambulatoire (ex. : cliniques externes, médecine de jour) ▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard à la zone où ils se trouvent (froide, tiède, chaude). ▶ Usagers de l'urgence (couché sur civière ou non), le port du masque est recommandé en tout temps, car la configuration des lieux permet difficilement le respect de la distanciation physique de 2 mètres. <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>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'utilisateur 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> <p>Le masque médical utilisé par l'utilisateur 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 milieu de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte. ▶ 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>

* Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. Référer à : [SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieu de soins](#).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Port du masque chez le TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte ▶ 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 confirmé de COVID-19. ▶ Un masque médical ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ 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 <i>Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins.</i> ▶ 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 au moins une fois par jour de la fièvre et des autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : anosmie subite, diarrhée sans autre cause connue, diminution de l'état général, etc.) requiert une évaluation clinique par une autorité compétente. ▶ 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 TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : distanciation physique, port de l'ÉPI recommandé). ▶ Il est recommandé de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne d'un registre attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour). ▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19, sauf ceux chez qui les symptômes peuvent être attribuables à la réception du vaccin contre la COVID-19 pour lesquels une évaluation spécifique doit être faite. 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.
Distanciation physique de l'usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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).
Distanciation physique des TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir une distanciation physique de 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.

Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19

Mesures à appliquer en tout temps

<p>Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2</p>	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Maintenir le port du masque médical pour l'utilisateur. Si l'utilisateur porte un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque médical.▶ Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'utilisateur suspecté de COVID-19. Si impossible, prévoir une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas). <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.▶ Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :<ul style="list-style-type: none">▶ Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non).▶ Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19. <p>Étape 3 (cas suspecté de COVID-19 qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA devrait être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'utilisateur le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>
--	--

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

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé	
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'utilisateur et les interventions effectuées (ex. : Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)).</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé.▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé 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 confirmé 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 déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale). <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none">▶ 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.▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 14 derniers jours (ex. : de retour de voyage depuis moins de 14 jours, contact d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, usager ou TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active).▶ Lors de la réalisation d'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, référer à : Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 pour connaître les précautions additionnelles à mettre en place.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Équipements de protection individuelle

Pour les recommandations en lien avec le port du masque et de la protection oculaire, référer aux documents suivants : [SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#) et [SRAS-CoV-2 : Port de la protection oculaire en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#).

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). 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. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques.
- ▶ 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.
- ▶ 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).

Dans le contexte de la COVID-19 et si présence d'une pénurie appréhendée ou réelle des ÉPI, référer à : [SRAS-CoV-2 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle en situation de pénurie lors de pandémie](#).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Retrait de l'équipement de protection individuelle

Si une cohorte de cas est présente, référer à la section *Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins* pour les indications 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 (antichambre ou corridor) à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'ÉPI.

L'ordre de retrait de l'ÉPI ci-dessous 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 elle peut être adaptée 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.
- ▶ 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 confirmé (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'usager dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Éviter d'héberger plus de deux cas confirmés de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers) (référer à la section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>). <p>Si l'usager suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat ou si l'usager confirmé de COVID-19 est en chambre multiple avec des usagers non confirmés 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'usager suspecté ou confirmé 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'usager 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'usager 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 confirmés de COVID-19 qui nécessitent des IMGA en continu.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (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 ; CDC, 2020c). 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 scientifiques claires et précises quant à la période d'excrétion virale chez les personnes âgées à l'aide de cultures virales (Santé publique Ontario, 2021). Le tableau clinique est donc le meilleur indicateur 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 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.</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.</p> <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 aguesie 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>
--------------------------	--

* 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

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Durée des mesures	<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 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) <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>3.2 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 et instaurer au besoin une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations 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'utilisateur est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (ex. : Décadron et Tocilizumab) est aussi à évaluer par l'équipe traitante.</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté. ▶ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. ▶ Ne pas utiliser les systèmes pneumatiques pour le transport. ▶ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination et que les pratiques de biosécurité appropriées (précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) sont appliquées lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur. ▶ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.). ▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le port du masque médical est obligatoire pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur), sauf pour les exceptions mentionnées dans la section <i>Port du masque chez l'utilisateur</i>. ▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▶ Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section Retrait de l'ÉPI) puis procéder à l'HDM. ▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours. ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'équipement de protection requis pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▶ Suite au départ de l'utilisateur de la salle de consultation ou d'examen, si requis 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. ▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail entrés en contact direct ou indirect avec l'utilisateur et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'utilisateur. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspectés ou confirmés de COVID-19 prévus par l'installation (ex. : ascenseur réservé). ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'utilisateur immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.
Transfert interétablissements de l'utilisateur	<p>Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.</p>

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (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. ▶ 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. <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes entrant dans la chambre. <p>La personne proche aidante est :</p> <p>Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychologique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services (MSSS, 2020).</p> <p>Les visiteurs désignent :</p> <p>Les personnes qui font partie de l'entourage de l'utilisateur. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail ou de parenté plus distante, etc. Contrairement à la personne proche aidante, les contacts de ces personnes avec l'utilisateur, bien qu'importants, sont ponctuels et ne sont pas essentiels à son intégrité physique ou psychologique (MSSS, 2020).</p>
<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. ▶ Adapter le type de soins d'hygiène corporelle de l'utilisateur selon l'évaluation de son statut infectieux et de sa condition médicale. <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'usager : <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'usager. 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'usager. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).
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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du TdeS	<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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Manipulation des dépouilles et autopsie</p>	<p>Référer à : Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19</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 à l'effet 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>Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée. 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 : 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>
<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 (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), hygiène des mains, désinfection du matériel de soins, respect de la distanciation physique, port du masque médical par les usagers, etc.)</p>
<p>Communication</p>	<p>S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle des infections sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>
<p>Suivi à la DSPublique</p>	<p>Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) de COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.</p>

Gestion des personnes exposées

Exposition des TdeS	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 potentielle et prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition de contact étroit suite à la découverte d'un cas pour lequel les précautions additionnelles n'étaient pas en place	<p>Recherche des contacts étroits</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Faire une recherche des contacts étroits (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé).▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces contacts avec les cas suspectés de COVID-19 ou avec les cas confirmés de COVID-19.▶ L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque médical ou non par l'utilisateur, le partage de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite. <p>Prise en charge du contact étroit</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Isolement préventif en précautions additionnelles gouttelettes-contact.▶ Procéder aux dépistages requis. Référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieu de soins.▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19.▶ Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, il faut poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition, cesser les précautions additionnelles requises.▶ Les déplacements de l'utilisateur hors de sa chambre doivent être limités à ceux absolument requis pour des raisons médicales.<ul style="list-style-type: none">▶ L'utilisateur doit porter un masque médical pour toute la durée du déplacement, le garder pendant l'examen (si applicable selon le type d'examen) et le porter pour son retour à sa chambre. Il peut le retirer lorsqu'il est de retour à sa chambre et si aucune personne (TdeS, autre usager, visiteur) ne se trouve à moins de deux mètres.▶ L'utilisateur doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires.▶ Si un usager (asymptomatique) quitte l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.

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

Situation de l'usager « rétabli » (ayant eu un diagnostic de COVID-19 depuis moins de 6 mois)		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique avec maladie légère ou modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique 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> <ul style="list-style-type: none"> ▶ qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager immunosupprimé excluant les immunosupprimés sévères</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU ▶ cas clinique ET ▶ qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
	<p>Usager immunosupprimé sévères sévère (ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU ▶ cas clinique ET ▶ qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	<p>Évaluation par l'équipe traitante</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> <p>Admettre en zone froide ou en zone chaude selon la décision de l'équipe traitante.</p>

* Sans prise d'antipyrétique.

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

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation. Des adaptations peuvent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La gestion du mouvement des TdeS doit être faite en fonction des directives du MSSS. ▶ Dédier les TdeS à chacun des types de zones (chaude, tiède, froide). ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés (ex. : inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.), ceux-ci doivent débiter leur travail par les zones froides, suivi des zones tièdes et terminer par les zones chaudes. ▶ Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, l'ÉPI complet doit être retiré. Un nouveau masque médical et une nouvelle protection oculaire doivent être revêtus. Une hygiène des mains rigoureuse doit être effectuée. ▶ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), retirer la blouse et les gants suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. <p>ZONE CHAUDE</p> <p>Informations générales</p> <p>Une zone chaude héberge des cas confirmés de COVID-19 par laboratoire.</p> <p>Une cohorte d'usagers confirmés de COVID-19 est une zone bien définie géographiquement, bien délimitée physiquement et ayant du personnel dédié (ex. : extrémité d'un corridor). À noter que le secteur de l'urgence ne peut généralement pas être considéré comme une cohorte, car souvent, la configuration des aires physiques ne le permet pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retirer de la zone chaude le surplus de matériel jugé non nécessaire. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). <p>Choix de l'hébergement</p> <p>Privilégier des chambres individuelles pour diminuer la quantité de virus expulsé dans l'air d'une chambre commune qui héberge deux ou plusieurs cas confirmés de COVID-19, notamment si l'espace est restreint.</p> <p>Changement d'ÉPI en zone chaude</p> <p>Les instances internationales ont des pratiques différentes quant aux changements d'ÉPI dans les zones chaudes. :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Port prolongé de l'ÉPI complet dans les cohortes (Australie, 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 (ASPC, ECDC, Royaume-Uni et l'Alberta). ▶ Changement entre chaque cas ou chambres (aucun port prolongé) des ÉPI au complet dans les cohortes (OMS, CDC, Colombie-Britannique et l'Ontario).
---	--

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>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).</p> <p>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 via les ÉPI contaminés n'a pas été documentée (Kasloff <i>et al.</i>, 2020).</p> <p>Deux options sont donc possibles quant à l'utilisation de l'ÉPI dans une cohorte d'usagers confirmés de COVID-19 :</p> <p>Option 1 : Changement d'ÉPI à la sortie de chaque chambre de la cohorte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Changer la blouse, le masque et la protection oculaire entre chaque chambre. 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 ainsi qu'à la sortie de chaque chambre et procéder à l'hygiène des mains avant de revêtir de nouveaux gants. <p>Option 2 : Changement d'ÉPI à la sortie de la cohorte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Conserver la blouse, le masque et la protection oculaire, si non visiblement souillés, entre les cas, entre les chambres dans la cohorte et dans les autres secteurs considérés chauds (ex. : salle commune, salon des familles, cuisinette, etc.) et faisant partie de la cohorte. ▶ Changer de gants entre chaque usager ainsi qu'à la sortie de chaque chambre et procéder à l'hygiène des mains avant de revêtir de nouveaux gants. <p>Une combinaison des deux options est aussi possible : port prolongé de la protection oculaire et du masque, avec changement de la blouse entre chaque chambre. Dans cette option, les gants doivent être changés entre chaque usager et une hygiène des mains doit être réalisée.</p> <p>Dans une zone chaude, le poste de garde doit être considéré comme une zone froide sauf en de rares exceptions. L'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer. Un nouveau masque et une nouvelle protection oculaire ou une protection oculaire désinfectée doivent être revêtus avant l'entrée dans une zone froide. Advenant qu'il soit impossible de maintenir le poste froid, l'ÉPI complet doit être changé avant d'y entrer.</p>
---	---

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>ZONE TIÈDE</p> <p>Une zone tiède héberge des usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2.</p> <p>Les recommandations pour la zone tiède sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Éviter de mettre un cas confirmé de COVID-19 avec des cas suspectés de COVID-19. ▶ Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis dans ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque leur statut infectieux est inconnu. ▶ Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers. ▶ Si deux cas suspectés de COVID-19 ou contacts étroits sont placés 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 (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. ▶ Si un usager confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle d'une zone chaude : maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) dans l'attente du transfert en chambre individuelle. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle) pour chaque usager. ▶ Retirer de la zone tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). <p>ZONE FROIDE</p> <p>Une zone froide héberge des usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition.</p>
<p>Hygiène et salubrité</p>	<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 (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.).</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
<p>Équipement de soins</p>	<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 matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité. <p>En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) par les différentes cohortes de l'unité, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements après chaque utilisation.</p>

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2021, 17 février). *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. (2020a, 30 avril). *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

Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020, 22 mai). 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. (2020a, 15 juillet). *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>

Centers for disease control and prevention. (2020b, 10 septembre). *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 disease control and prevention. (2020c, 10 septembre). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.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)

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>

- 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)
- Gouvernement du Québec. (2013). *Maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-271-07W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2015). *Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-271-06W.pdf>
- 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. [10.1038/s41591-020-0869-5](https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5)
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2020a, 1^{er} avril). *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. (2020b, 24 septembre). *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. (2020, 12 juin). Stability of Sars-CoV-2 on critical personal protective equipment. Prépublication. <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>
- 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. Prépublication. <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)
- 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. (2020a, 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. (2020b, 27 mai). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance.* [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

Organisation mondiale de la santé. (2020c, 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., Bleadale, 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, JF., et 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. et 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>

Seideman, 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, 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 10.0	2020-12-18	► Ajouts et modification des définitions, ajout de sections : hygiène des mains, port du masque chez l'utilisateur, 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 »
V11.0	2021-05-13	► 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
V11.1	2021-06-01	► Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.
V11.2	2021-06-22	► Changement de 3 à 6 mois pour l'utilisateur considéré « rétabli ».

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

RÉDACTRICES

Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
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 du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé du 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 (2021)

N° de publication : 2906