

COVID-19 – Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

29 mai 2020 – Version 1.0

Préambule

Ce document **remplace** la matrice intitulée « Évaluation du risque pour le retrait des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19 » précédemment diffusée et qui présentait un tableau d'évaluation du risque en fonction de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) portée par le travailleur de la santé (TdeS) au moment de l'exposition, pour le remplacer par l'algorithme présenté à la section 1. Les facteurs suivants ont justifié ce changement :

- ▶ Le SARS-CoV2 se transmet principalement par gouttelettes. L'ÉPI le plus important est donc le port du masque de procédure qui confère une protection contre les gouttelettes.
- ▶ La transmission du SARS-CoV2 par contact est aussi à considérer mais apparaît moins importante.
- ▶ Lors d'une [intervention médicale générant des aérosols](#) (IMGA) (le temps doit inclure celui de la réalisation de l'IMGA ainsi qu'un changement d'air complet suivant celle-ci) :
 - ▶ Le respirateur N95 est privilégié bien que le masque de procédure confère aussi une certaine protection barrière contre les aérosols **présumés** de COVID 19.
 - ▶ Le port de la blouse et des gants est important étant donné les gouttelettes projetées durant l'intervention.

De plus, les données récentes internationales et les données provinciales non publiées sur la durée de la contagiosité, ont permis de cesser la réalisation des tests PCR pour la levée des mesures d'isolement chez le TdeS (non immunosupprimé).

Ce document vise à préciser les recommandations au regard de la surveillance des symptômes d'un travailleur de la santé lors de contact avec des cas de COVID-19, le retrait du travail suite à une exposition ainsi que le retour au travail, dans tous les milieux de soins. Si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, utiliser : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#).

Définitions

Travailleur de la santé

- ▶ Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.



Milieux de soins

- ▶ Hôpitaux
- ▶ CHSLD et résidence privée pour aînés (RPA)
- ▶ Autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- ▶ Centres de réadaptation
- ▶ Soins ambulatoires tels que urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

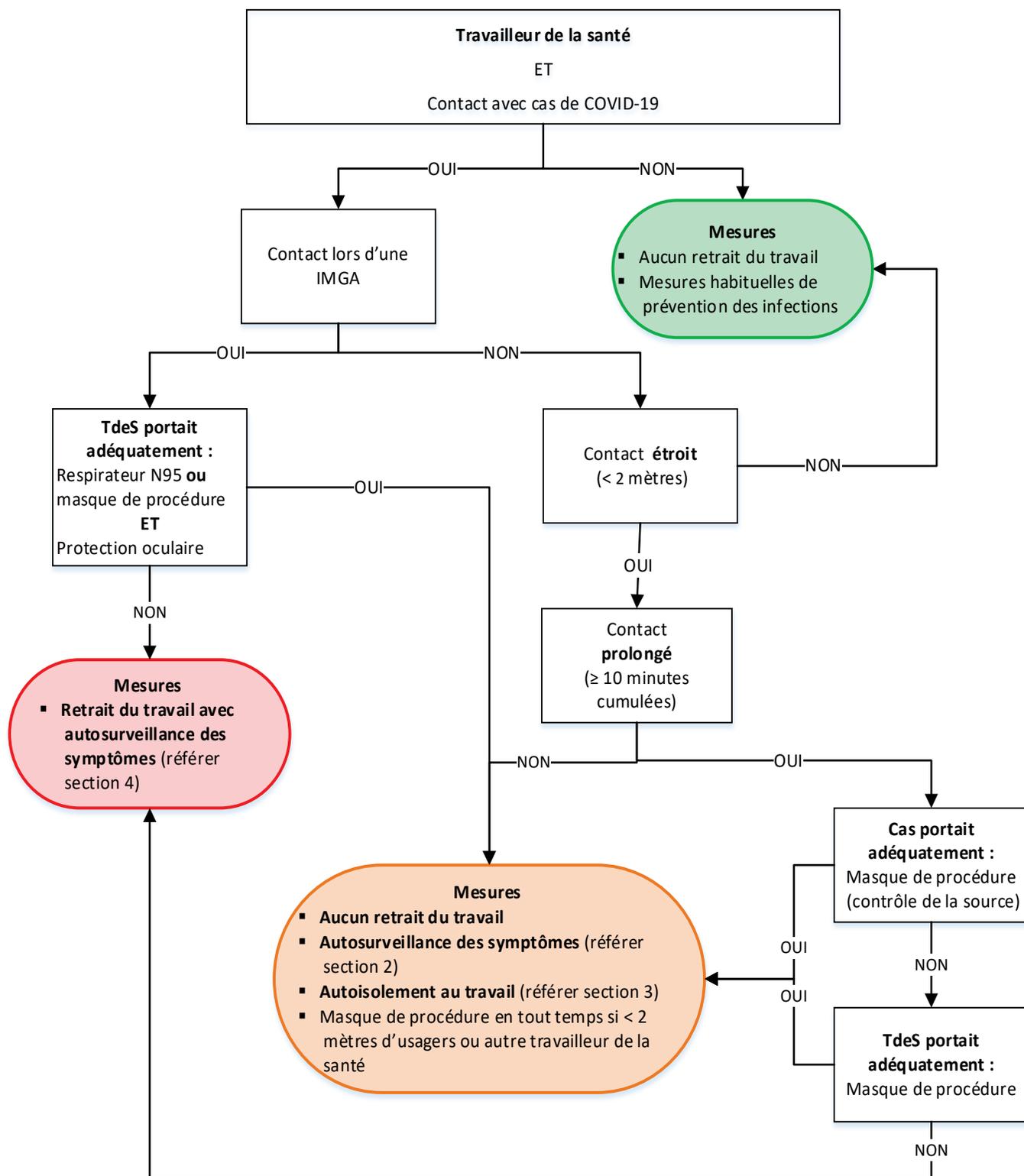
Cas de COVID-19

- ▶ Référer à : Définition de cas de COVID-19 – Québec.
- ▶ Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- ▶ Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.



Section 1 : Algorithme d'évaluation du travailleur de la santé





Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre attestant que l'employé est asymptomatique ou validation par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : [COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.](#)

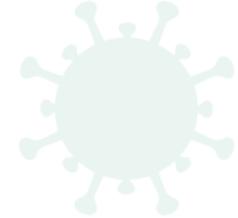
Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes, s'isoler et contacter l'employeur sans délai et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19.](#) Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison.](#)

Section 3 : Autoisolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Effectuer ses déplacements dans son propre véhicule. Si utilisation de transport en commun ou de covoiturage, porter un couvre-visage.
- ▶ Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque de procédure.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans un seul établissement, selon les modalités locales de l'employeur.



Section 4 : Retrait du travail avec autosurveillance des symptômes

Service de santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) :

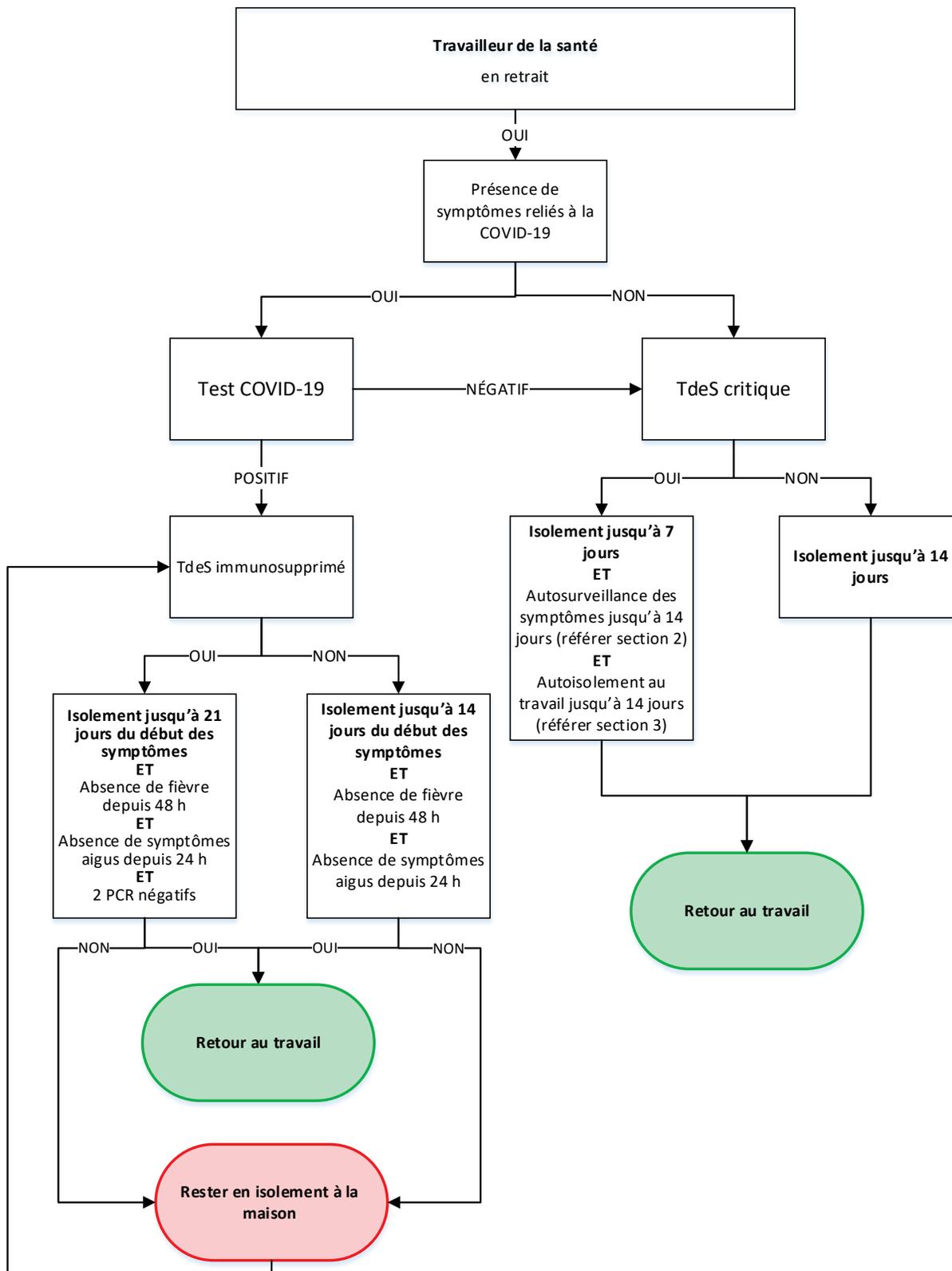
- ▶ Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Retourner au travail, référer à l'algorithme de la section 5.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et pour plus de détails à : [COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé. Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.](#)

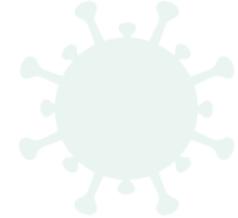
Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ S'auto-isoler à la maison, référer à : Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19.
- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Contacter le service de santé (ou autre) si développe des symptômes et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19.](#) Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison.](#)



Section 5 : Retour au travail du travailleur de la santé





Annexe

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom :

Prénom :

Date dernière exposition :

Date début surveillance :

Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :

JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES <input checked="" type="checkbox"/>										
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge			
Jour 1		°C	°C											
Jour 2		°C	°C											
Jour 3		°C	°C											
Jour 4		°C	°C											
Jour 5		°C	°C											
Jour 6		°C	°C											
Jour 7		°C	°C											
Jour 8		°C	°C											
Jour 9		°C	°C											
Jour 10		°C	°C											
Jour 11		°C	°C											
Jour 12		°C	°C											
Jour 13		°C	°C											
Jour 14		°C	°C											



Références

British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), Interim Guidance: Public Health Management of cases and contacts associated with novel coronavirus (COVID-19) in the community. Version du *COVID-19 Return to Work Guide for Health Care Workers*. Version du 15 mai 2020. Repéré au : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf

Center for disease control and prevention (CDC), *Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version du 23 mai 2020. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

European Center for disease control and prevention (ECDC), *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. Version du 9 avril 2020. Repéré au : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques. Version du 29 avril 2020. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/investigation-procedures-diagnostiques/detection-asymptomatiques-1547.html>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), COVID-19 et immunosuppression. Version du 7 mai 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé*. Version du 28 mai 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. Version 20 avril 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. Version 23 avril 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Public Health England, *COVID-19 : management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. Version du 22 mai 2020. Repéré au : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso, Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu des contacts non protégés (sans masque) avec des cas COVID-19. Version du 26 mai 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ergebnisse/200526_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.0.pdf

Swissnoso, Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS – situation extraordinaire. Version du 17 avril 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ergebnisse/200417_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

COVID-19 – Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

AVEC LA COLLABORATION DE

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

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2905

COVID-19 – Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins



8 juillet 2020 – Version 2.0

Préambule

Ce document **remplace** la matrice intitulée « Évaluation du risque pour le retrait des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19 » précédemment diffusée et qui présentait un tableau d'évaluation du risque de transmission en fonction de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté par le travailleur de la santé (TdeS) au moment de l'exposition. L'algorithme présenté à la section 1 remplace donc le tableau précédent.

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en compte lors d'une exposition à un cas de COVID-19 survenue en milieu de soins, pour la gestion des personnes exposées. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, retrait du travail et retour au travail) pour les travailleurs de la santé exposés lors d'une situation précise. Ainsi, il est essentiel de détailler le plus précisément possible les circonstances de l'événement, de même que les mesures de précaution appliquées par les travailleurs, incluant le port de l'ÉPI, au moment de l'exposition. **Le but de ce document n'est pas de recommander l'ÉPI qui doit être porté par les TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés, en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement.** Si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, utiliser : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#).

De plus, les données récentes internationales et les données provinciales non publiées sur la durée de la contagiosité, ont permis de cesser la réalisation des tests PCR pour la levée des mesures d'isolement chez le TdeS (non immunosupprimé).

Les facteurs suivants ont été considérés pour aider à établir la démarche menant à la prise de décision :

- ▶ Le SARS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes lors de contacts étroits et rapprochés. L'ÉPI le plus important est donc le port du masque de procédure qui confère une protection contre la projection des gouttelettes.
- ▶ La transmission du SARS-CoV2 par contact direct et indirect via les surfaces est aussi à considérer mais apparaît moins importante. Ainsi, le port de la blouse et des gants est important étant donné les gouttelettes projetées durant l'intervention.

- ▶ Lors d'interventions médicales générant des aérosols, la transmission aérienne est à considérer. Les facteurs suivants doivent toutefois être considérés dans la prise de décision :
 - ▶ Le port du respirateur N95 est recommandé lors de ces interventions. Or, ce respirateur pourrait ne pas avoir été porté pour diverses raisons.
 - ▶ Le temps à considérer doit inclure celui de la réalisation de l'IMGA ainsi qu'un changement d'air complet suivant celle-ci.
 - ▶ Bien que le masque de procédure ne constitue pas une protection contre les infections aéroportées, plusieurs experts considèrent que, puisqu'il confère une certaine protection barrière, il doit être pris en compte lors de l'évaluation de l'exposition.

Définitions

Travailleur de la santé

- ▶ Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- ▶ Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux
- ▶ CHSLD et résidence privée pour aînés (RPA)
- ▶ Autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- ▶ Centres de réadaptation
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Cas de COVID-19

- ▶ Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#).
- ▶ Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- ▶ Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.



Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre **personnel** attestant que l'employé est asymptomatique ou validation **verbale** par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : [COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.](#)

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes, s'isoler et contacter l'employeur sans délai et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19.](#) Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison.](#)

Section 3 : Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Effectuer ses déplacements dans son propre véhicule. Si utilisation de transport en commun ou de covoiturage, porter un couvre-visage.
- ▶ Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque de procédure.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule **installation**, selon les modalités locales de l'employeur.



Section 4 : Retrait du travail avec autosurveillance des symptômes

Service de santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) :

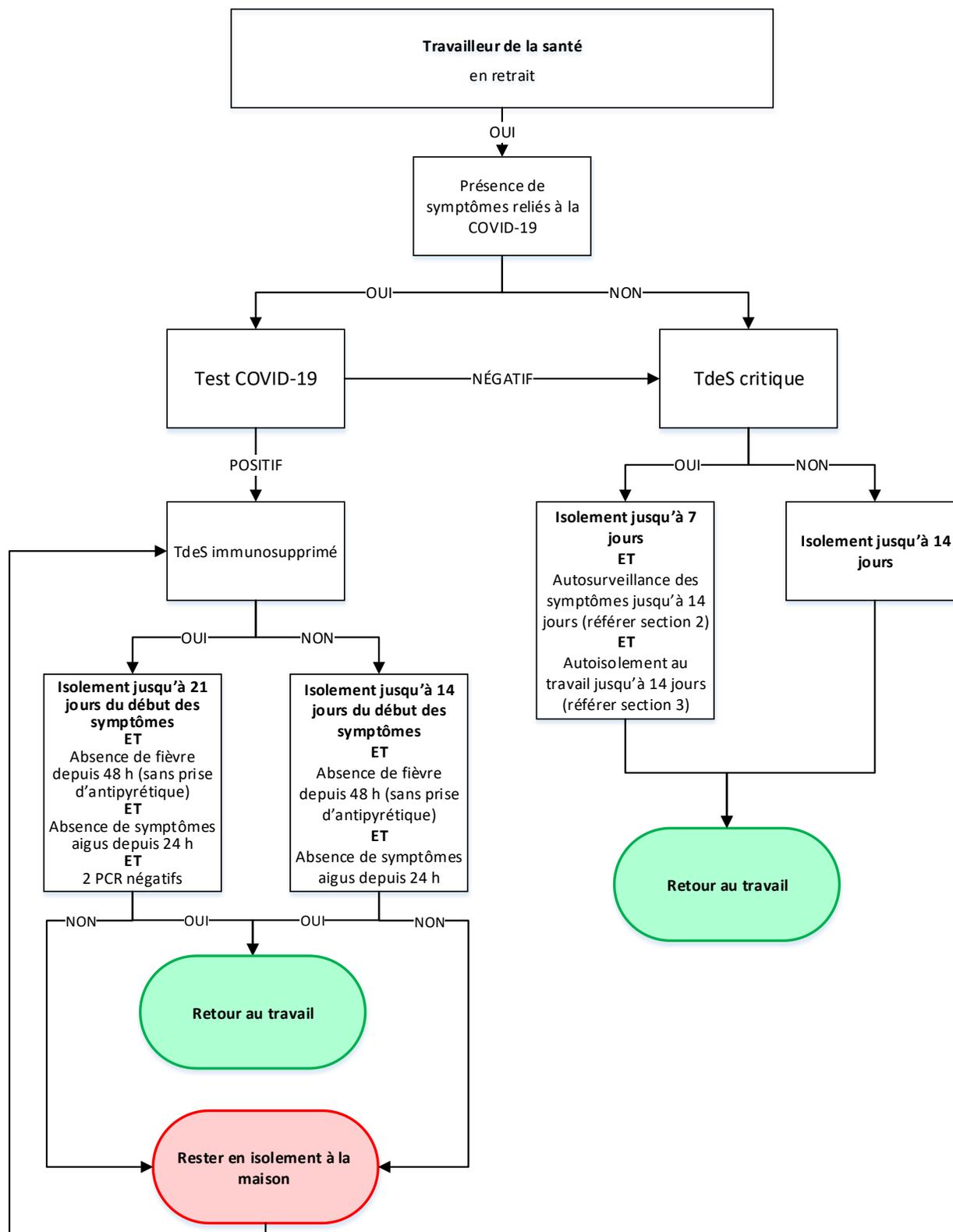
- ▶ Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Retourner au travail, référer à l'algorithme de la section 5.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et pour plus de détails à : [COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé. Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.](#)

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ S'auto-isoler à la maison, référer à : Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19.
- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Contacter le service de santé (ou autre) si développe des symptômes et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19.](#) Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison.](#)



Section 5 : Retour au travail du travailleur de la santé





Annexe 1

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom :

Prénom :

Date dernière exposition :

Date début surveillance :

Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :

JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES <input checked="" type="checkbox"/>										
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge			
Jour 1		°C	°C											
Jour 2		°C	°C											
Jour 3		°C	°C											
Jour 4		°C	°C											
Jour 5		°C	°C											
Jour 6		°C	°C											
Jour 7		°C	°C											
Jour 8		°C	°C											
Jour 9		°C	°C											
Jour 10		°C	°C											
Jour 11		°C	°C											
Jour 12		°C	°C											
Jour 13		°C	°C											
Jour 14		°C	°C											



Références

British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), Interim Guidance: Public Health Management of cases and contacts associated with novel coronavirus (COVID-19) in the community. Version du *COVID-19 Return to Work Guide for Health Care Workers*. Version du 15 mai 2020. Repéré au : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf

Center for disease control and prevention (CDC), *Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version du 29 mai 2020. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html>

European Center for disease control and prevention (ECDC), *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. Version du 9 avril 2020. Repéré au : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques. Version du 29 avril 2020. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/investigation-procedures-diagnostiques/detection-asymptomatiques-1547.html>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), COVID-19 et immunosuppression. Version du 7 mai 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé*. Version du 8 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. Version 7 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. Version 23 avril 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. Version 6 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19>

Public Health England, *COVID-19 : management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. Version du 14 juin 2020. Repéré au : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso, *Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu des contacts non protégés (sans masque) avec des cas COVID-19*. Version du 26 mai 2020. Repéré au : https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2005_26_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.0.pdf

Swissnoso, *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS – situation extraordinaire*. Version du 17 avril 2020. Repéré au : https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2004_17_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

COVID-19 – Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

AVEC LA COLLABORATION DE

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

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 3018

COVID-19 – Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

26 août 2020 – Version 2.1

Préambule

Ce document **remplace** la matrice intitulée « Évaluation du risque pour le retrait des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19 » précédemment diffusée et qui présentait un tableau d'évaluation du risque de transmission en fonction de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté par le travailleur de la santé (TdeS) au moment de l'exposition. L'algorithme présenté à la section 1 remplace donc le tableau précédent.

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en compte lors d'une exposition à un cas de COVID-19 survenue en milieu de soins, pour la gestion des personnes exposées. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, retrait du travail et retour au travail) pour les travailleurs de la santé exposés lors d'une situation précise. Ainsi, il est essentiel de détailler le plus précisément possible les circonstances de l'événement, de même que les mesures de précaution appliquées par les travailleurs, incluant le port de l'ÉPI, au moment de l'exposition. **Le but de ce document n'est pas de recommander l'ÉPI qui doit être porté par les TdeS** lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés, en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement. Si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, utiliser : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#).

De plus, les données récentes internationales et les données provinciales non publiées sur la durée de la contagiosité, ont permis de cesser la réalisation des tests PCR pour la levée des mesures d'isolement chez le TdeS (non immunosupprimé).

Les facteurs suivants ont été considérés pour aider à établir la démarche menant à la prise de décision :

- ▶ Le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes lors de contacts étroits et rapprochés. L'ÉPI le plus important est donc le port du masque de procédure qui confère une protection contre la projection des gouttelettes.
- ▶ La transmission du SRAS-CoV2 par contact direct et indirect via les surfaces est aussi à considérer, mais apparaît moins importante. Ainsi, le port de la blouse et des gants est important étant donné les gouttelettes projetées durant l'intervention.

- ▶ Lors d'interventions médicales générant des aérosols, la transmission aérienne est à considérer. Les facteurs suivants doivent toutefois être considérés dans la prise de décision :
 - ▶ Le port du respirateur N95 est recommandé lors de ces interventions. Or, ce respirateur pourrait ne pas avoir été porté pour diverses raisons.
 - ▶ Le temps à considérer doit inclure celui de la réalisation de l'IMGA ainsi qu'un changement d'air complet suivant celle-ci.
 - ▶ Bien que le masque de procédure ne constitue pas une protection contre les infections aéroportées, plusieurs experts considèrent que, puisqu'il confère une certaine protection barrière, il doit être pris en compte lors de l'évaluation de l'exposition.

Définitions

Travailleur de la santé

- ▶ Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- ▶ Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.

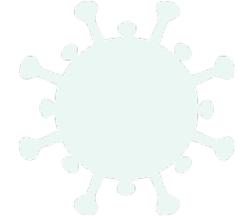
Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux
- ▶ CHSLD et résidence privée pour aînés (RPA)
- ▶ Autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- ▶ Centres de réadaptation
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

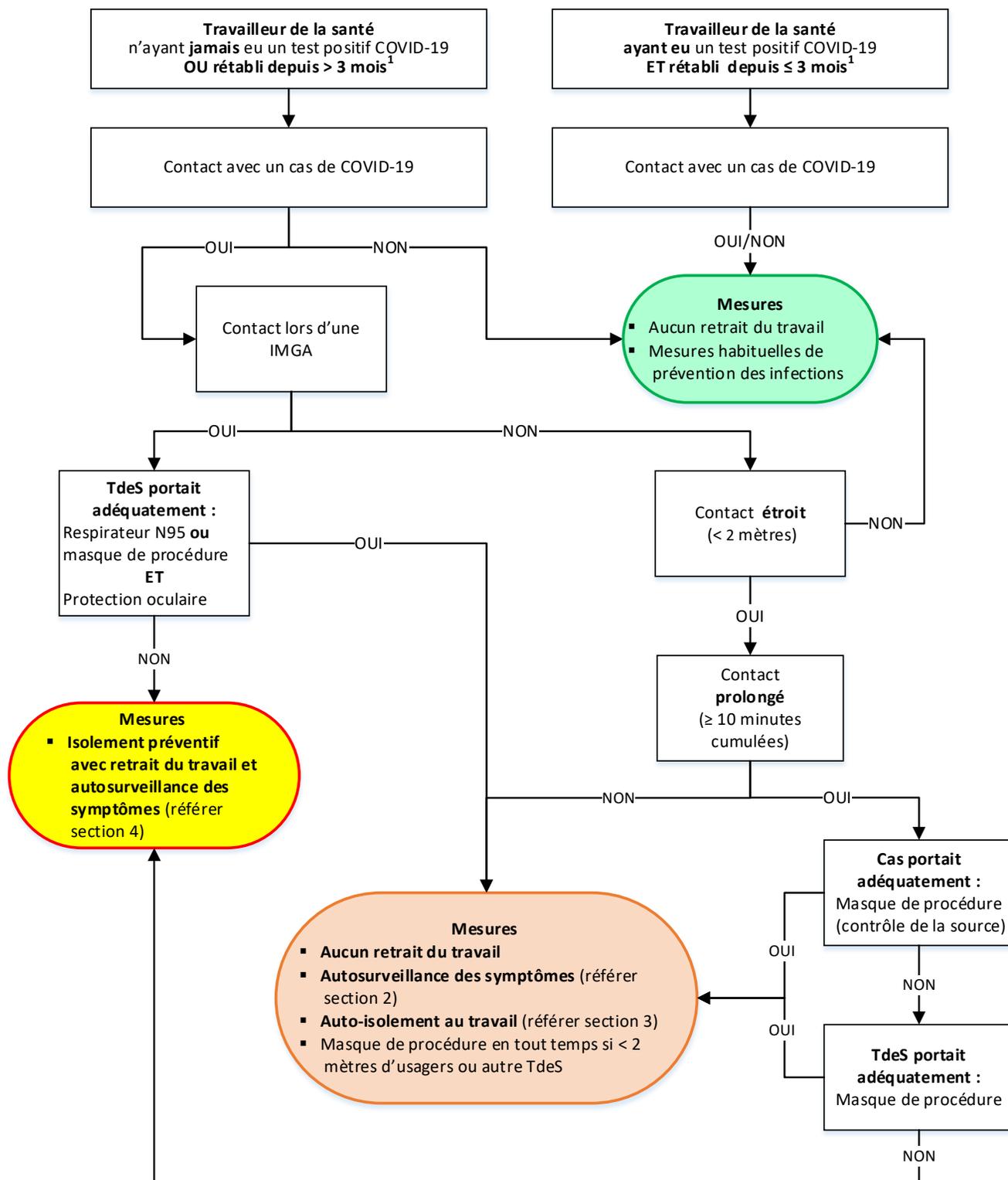
Cas de COVID-19

- ▶ Référez à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#).
- ▶ Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- ▶ Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

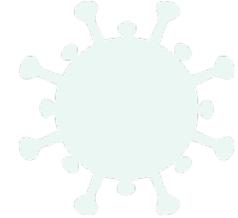
À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.



Section 1 : Algorithme d'évaluation du travailleur de la santé



¹ Référer à : [COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé](#)



Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre personnel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : [COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé](#).

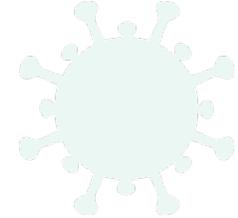
Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes, s'isoler et contacter l'employeur sans délai et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#).

Section 3 : Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Effectuer ses déplacements dans son propre véhicule. Si utilisation de transport en commun ou de covoiturage, porter un couvre-visage.
- ▶ Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque de procédure.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.



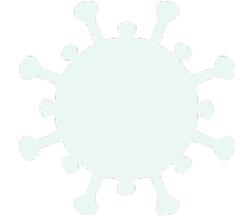
Section 4 : Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes

Service de santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) :

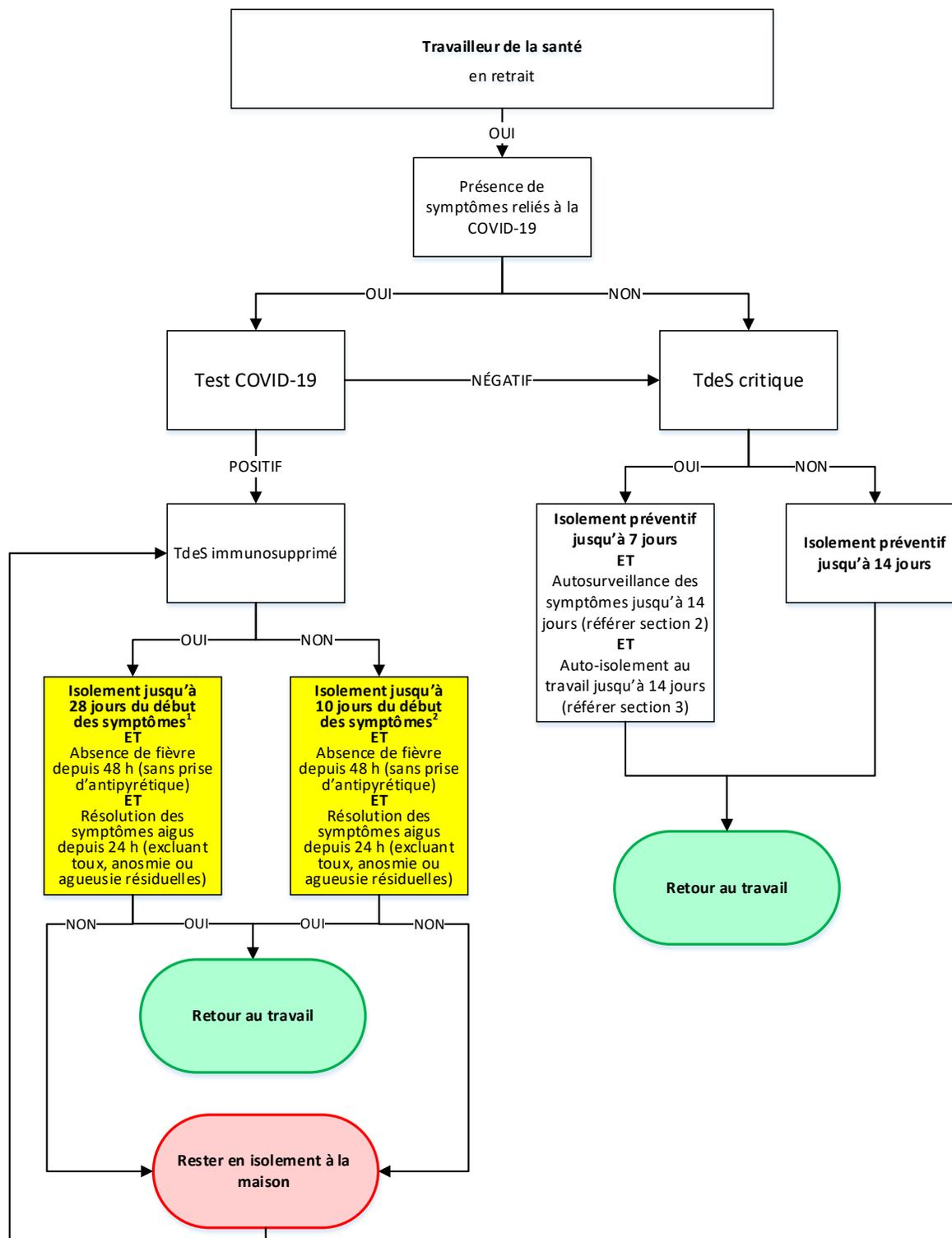
- ▶ Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Retourner au travail, référer à l'algorithme de la section 5.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et pour plus de détails à : [COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé. Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.](#)

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ **Être en isolement préventif** à la maison, référer à : Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19.
- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Contacter le service de santé (ou autre) si développe des symptômes et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19.](#) Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison.](#)

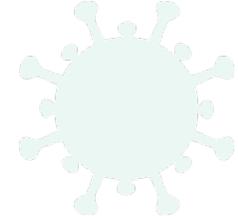


Section 5 : Retour au travail du travailleur de la santé



¹ Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement après 28 jours chez les TdS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un TdS pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de PCR négatifs entre le jour 21 et 28. Si le TdS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés

³ Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les TdS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Si le TdS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés



Annexe 1

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom :

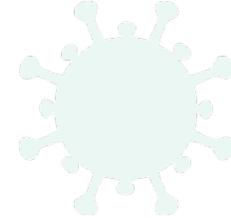
Prénom :

Date dernière exposition :

Date début surveillance :

Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :

JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES <input checked="" type="checkbox"/>										
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge			
Jour 1		°C	°C											
Jour 2		°C	°C											
Jour 3		°C	°C											
Jour 4		°C	°C											
Jour 5		°C	°C											
Jour 6		°C	°C											
Jour 7		°C	°C											
Jour 8		°C	°C											
Jour 9		°C	°C											
Jour 10		°C	°C											
Jour 11		°C	°C											
Jour 12		°C	°C											
Jour 13		°C	°C											
Jour 14		°C	°C											



Références

Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med* 2020 May 28;382(22):2081-2090. doi:10.1056/NEJMoa2008457.

British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), *Interim Guidance: Public Health Management of cases and contacts associated with novel coronavirus (COVID-19) in the community.* Version du 25 août 2020. Repéré au : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf

Bullard J, Durst K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L *et al.* Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis* 2020 May 22. doi: 10.1093/cid/ciaa638

Center for disease control and prevention (CDC), *Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19).* Version du 29 mai 2020. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html>

Center for disease control and prevention (CDC), 2020. *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19.* Version du 22 juillet 2020. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Cheng HW, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH, *et al.* Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

European Center for disease control and prevention (ECDC), *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union.* Version du 9 avril 2020. Repéré au : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques.* Version du 29 avril 2020. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/investigation-procedures-diagnostiques/detection-asymptomatiques-1547.html>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et immunosuppression.* Version du 7 mai 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

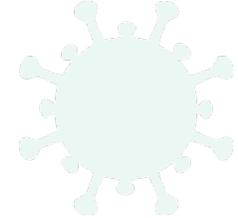
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.* Version du 8 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.* Version 7 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.* Version 13 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimés-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.* Version 6 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19>

Lu J, Peng J, Xiong Q, Liu Z, Lin H, Tan X, *et al.* Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>



Public Health England, *COVID-19 : management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. Version du 18 août 2020. Repéré au : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso, *Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu des contacts non protégés (sans masque) avec des cas COVID-19*. Version du 26 mai 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2005_26_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.0.pdf

Swissnoso, *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS – situation extraordinaire*. Version du 17 avril 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2004_17_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

van Kampen J, van de Vijver D, Fraaij P, Haagmans B, Lamers M, Okba N, *et al.* Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>

Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, *et al.* (2020). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 2020 May;581(7809):465-469. doi:10.1038/s41586-020-2196-x

Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, *et al.* Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020;26(8):10.3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

COVID-19 – Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

AVEC LA COLLABORATION DE

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

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication :2905

SRAS-CoV-2 – Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

8 octobre 2020 – Version 2.2

Préambule

Ce document **remplace** la matrice intitulée « Évaluation du risque pour le retrait des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19 » précédemment diffusée et qui présentait un tableau d'évaluation du risque de transmission en fonction de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté par le travailleur de la santé (TdeS) au moment de l'exposition. L'algorithme présenté à la section 1 remplace donc le tableau précédent.

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en compte lors d'une exposition à un cas de COVID-19 survenue en milieu de soins, pour la gestion des personnes exposées. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, retrait du travail et retour au travail) pour les travailleurs de la santé exposés lors d'une situation précise. Ainsi, il est essentiel de détailler le plus précisément possible les circonstances de l'événement, de même que les mesures de précaution appliquées par les travailleurs, incluant le port de l'ÉPI, au moment de l'exposition. **Le but de ce document n'est pas de recommander l'ÉPI qui doit être porté par les TdeS** lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés, en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement. Si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, utiliser : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#).

De plus, les données récentes internationales et les données provinciales non publiées sur la durée de la contagiosité ont permis de cesser la réalisation des tests PCR pour la levée des mesures d'isolement chez le TdeS (non immunosupprimé).

Les facteurs suivants ont été considérés pour aider à établir la démarche menant à la prise de décision :

- ▶ Le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes lors de contacts étroits et rapprochés. L'ÉPI le plus important est donc le port du **masque médical**¹ qui confère une protection contre la projection des gouttelettes.
- ▶ La transmission du SRAS-CoV2 par contact direct et indirect via les surfaces est aussi à considérer, mais apparaît moins importante. Ainsi, le port de la blouse et des gants est important étant donné les gouttelettes projetées durant l'intervention.

¹ Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. Référez à : [Masques chirurgicaux ou de procédures : choix de l'équipement](#).

- ▶ Lors d'interventions médicales générant des aérosols, la transmission aérienne est à considérer. Les facteurs suivants doivent toutefois être considérés dans la prise de décision :
 - ▶ Le port de l'appareil de protection respiratoire N95 (APR N95) est recommandé lors de ces interventions. Or, l'APR N95 pourrait ne pas avoir été porté pour diverses raisons.
 - ▶ Le temps à considérer doit inclure celui de la réalisation de l'IMGA ainsi qu'un changement d'air complet suivant celle-ci.
 - ▶ Bien que le masque médical ne constitue pas une protection contre les infections aéroportées, plusieurs experts considèrent que, puisqu'il confère une certaine protection barrière, il doit être pris en compte lors de l'évaluation de l'exposition.

Définitions

Travailleur de la santé

- ▶ Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- ▶ Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux
- ▶ CHSLD et résidence privée pour aînés (RPA)
- ▶ Autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- ▶ Centres de réadaptation
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

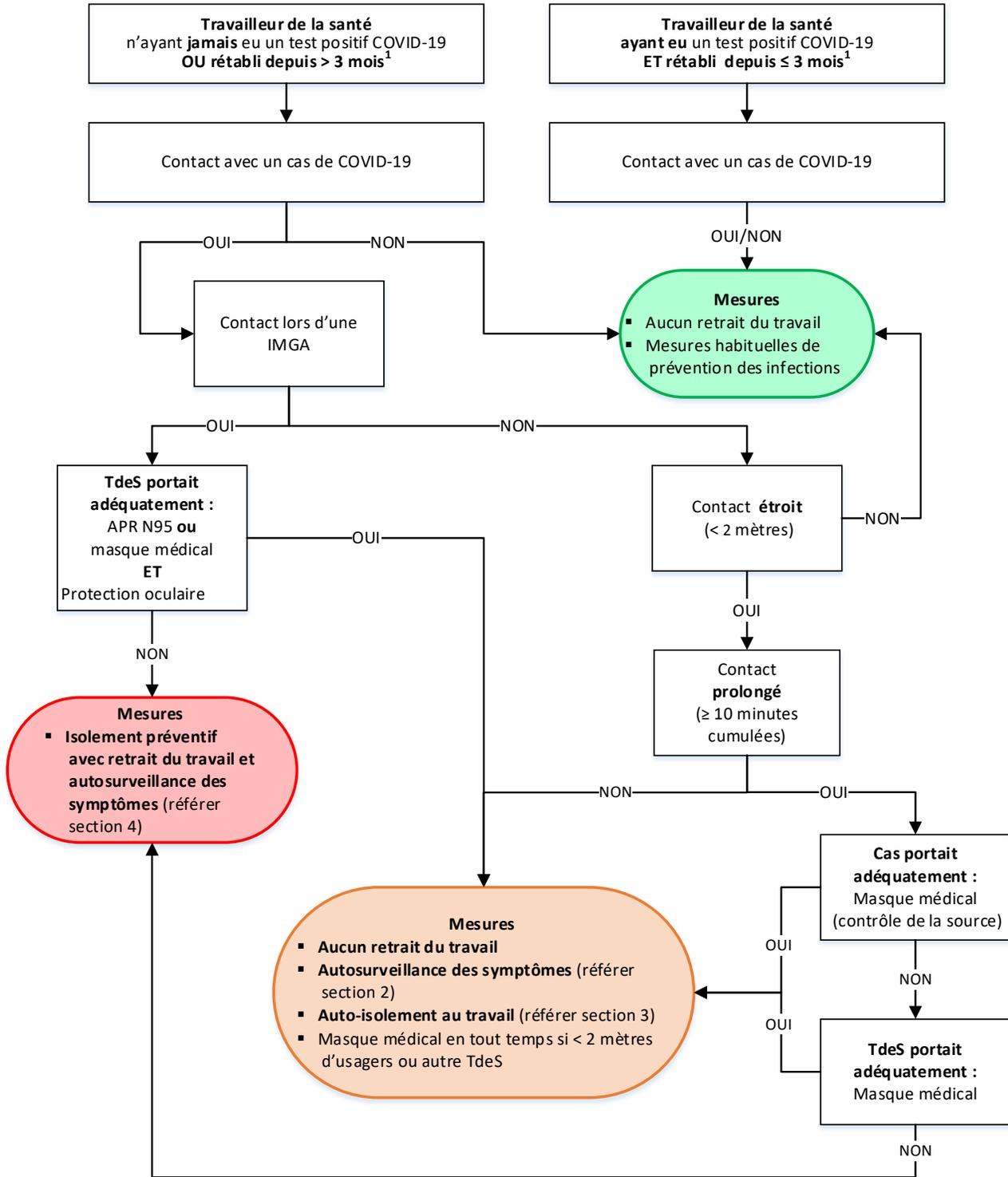
Cas de COVID-19

- ▶ Référez à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#).
- ▶ Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- ▶ Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.

Section 1 : Algorithme d'évaluation du travailleur de la santé

Algorithme pour l'évaluation du travailleur de la santé lors de contact avec cas de COVID-19



¹ Référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé](#)

Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre personnel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes, s'isoler et contacter l'employeur sans délai et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#)

Section 3 : Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Effectuer ses déplacements dans son propre véhicule. Si utilisation de transport en commun ou de covoiturage, porter un couvre-visage.
- ▶ Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- ▶ Pendant le travail, porter un **masque médical**.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

Section 4 : Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes

Service de santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) :

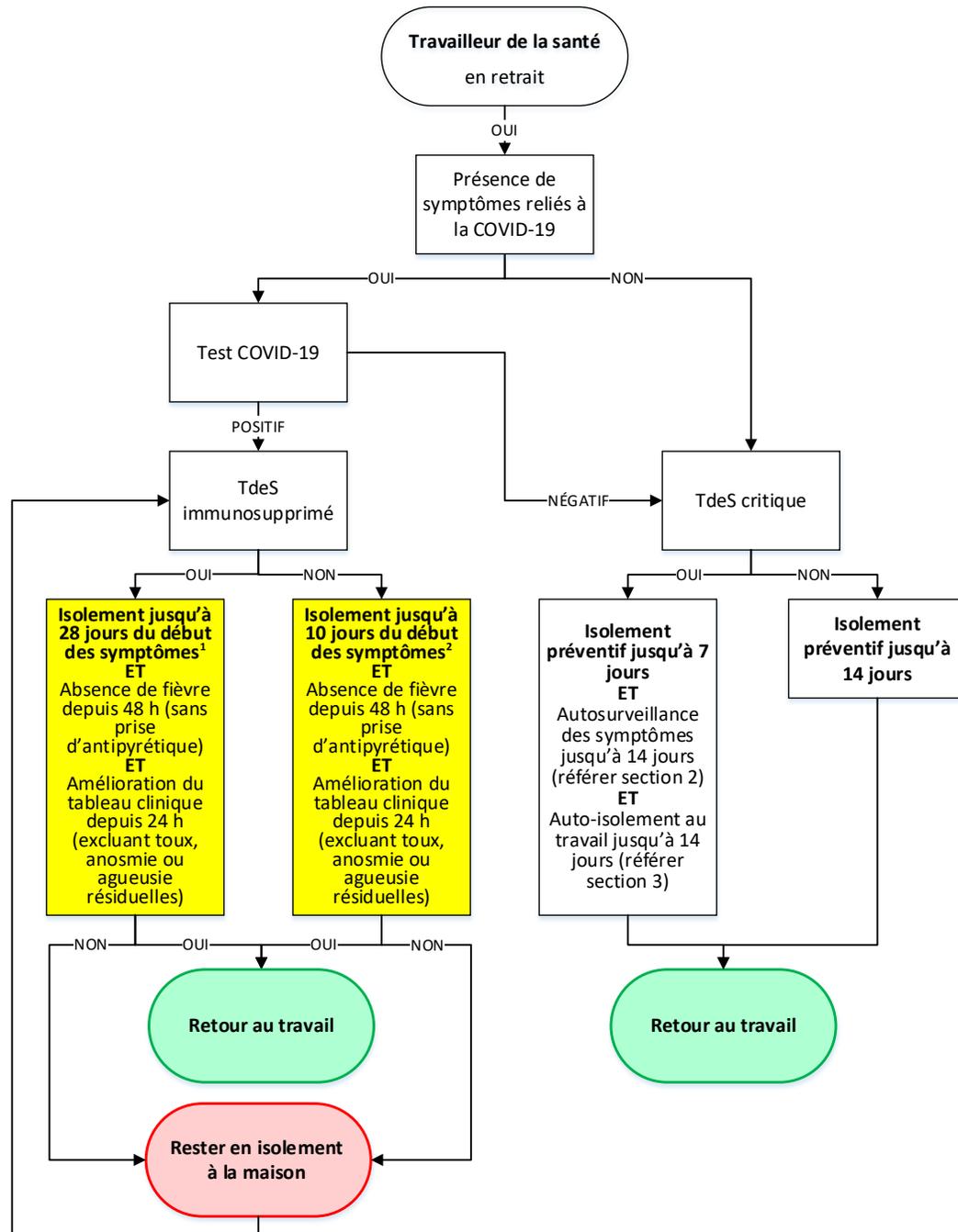
- ▶ Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Retourner au travail, référer à l'algorithme de la section 5.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et pour plus de détails à : [COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé](#). Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : [Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#)

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à : Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19.
- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Contacter le service de santé (ou autre) si développe des symptômes et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#)

Section 5 : Retour au travail du travailleur de la santé

Algorithme pour l'évaluation du retour au travail du travailleur de la santé



¹ 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 après 28 jours chez les TdeS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un TdeS pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de test de laboratoire négatifs entre le jour 21 et 28. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.

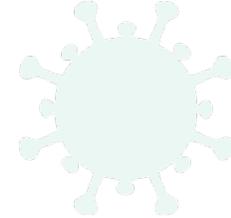
² Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les TdeS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.

Annexe 1

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom :	Prénom :
Date dernière exposition :	Date début surveillance :
Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :	

JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES <input checked="" type="checkbox"/>													
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge						
Jour 1		°C	°C														
Jour 2		°C	°C														
Jour 3		°C	°C														
Jour 4		°C	°C														
Jour 5		°C	°C														
Jour 6		°C	°C														
Jour 7		°C	°C														
Jour 8		°C	°C														
Jour 9		°C	°C														
Jour 10		°C	°C														
Jour 11		°C	°C														
Jour 12		°C	°C														
Jour 13		°C	°C														
Jour 14		°C	°C														



Références

Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med* 2020 May 28;382(22):2081-2090. doi:10.1056/NEJMoa2008457.

British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), *Interim Guidance: Public Health Management of cases and contacts associated with novel coronavirus (COVID-19) in the community.* Version du 25 septembre 2020. Repéré au : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf

Bullard J, Durst K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L *et al.* Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis* 2020 May 22. doi: 10.1093/cid/ciaa638

Center for disease control and prevention (CDC), *Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19).* Version du 29 mai 2020. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html>

Center for disease control and prevention (CDC), 2020. *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19.* Version du 10 septembre 2020. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Cheng HW, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH, *et al.* Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

European Center for disease control and prevention (ECDC), *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union.* Version du 9 avril 2020. Repéré au : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques.* Version du 29 avril 2020. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/investigation-procedures-diagnostiques/detection-asymptomatiques-1547.html>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et immunosuppression.* Version du 24 septembre 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

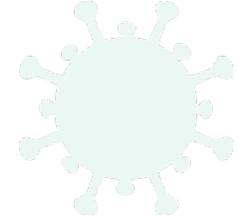
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.* Version du 2 septembre 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.* Version 28 août 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.* Version 13 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.* Version 15 septembre 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19>

Lu J, Peng J, Xiong Q, Liu Z, Lin H, Tan X, *et al.* Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) *Medrxiv.* 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>



Public Health England, *COVID-19 : management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. Version du 28 septembre 2020. Repéré au : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso, *Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu des contacts non protégés (sans masque) avec des cas COVID-19*. Version du 26 mai 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2005_26_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.0.pdf

Swissnoso, *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS – situation extraordinaire*. Version du 17 avril 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2004_17_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

van Kampen J, van de Vijver D, Fraaij P, Haagmans B, Lamers M, Okba N, *et al.* Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>

Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, *et al.* (2020). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 2020 May;581(7809):465-469. doi:10.1038/s41586-020-2196-x

Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, *et al.* Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020;26(8):10.3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

SRAS-CoV-2

Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication :2905

SRAS-CoV-2 – Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

17 décembre 2020 – Version 2.3

Le manque de données sur les effets du vaccin au niveau de la transmission ne nous permet pas de modifier les différentes recommandations :

- ▶ Le travailleur de la santé doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle, hygiène des mains).
- ▶ Il est trop tôt pour statuer sur l'impact du statut vaccinal en lien avec les critères d'exposition d'un travailleur de la santé. Les recommandations en vigueur dans ce document sont donc maintenues.

Préambule

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en compte lors d'une exposition à un cas de COVID-19 survenue en milieu de soins, pour la gestion des personnes exposées. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, retrait du travail et retour au travail) pour les travailleurs de la santé exposés lors d'une situation précise. Ainsi, il est essentiel de détailler le plus précisément possible les circonstances de l'événement, de même que les mesures de précaution appliquées par les travailleurs, incluant le port de l'ÉPI, au moment de l'exposition. **Le but de ce document n'est pas de recommander l'ÉPI qui doit être porté par les TdeS** lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés, en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement. Si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, utiliser : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#).

De plus, les données récentes internationales et les données provinciales non publiées sur la durée de la contagiosité ont permis de cesser la réalisation des tests PCR pour la levée des mesures d'isolement chez le TdeS (non immunosupprimé).

Les facteurs suivants ont été considérés pour aider à établir la démarche menant à la prise de décision :

- ▶ Le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes lors de contacts étroits et rapprochés. L'ÉPI le plus important est donc le port du masque médical¹ qui confère une protection contre la projection des gouttelettes.
- ▶ La transmission du SRAS-CoV2 par contact direct et indirect via les surfaces est aussi à considérer, mais apparaît moins importante. Ainsi, le port de la blouse et des gants est important étant donné les gouttelettes projetées durant l'intervention.

¹ Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. Référez à : [Masques chirurgicaux ou de procédures : choix de l'équipement](#).

- ▶ Lors d'interventions médicales générant des aérosols, la transmission aérienne est à considérer. Les facteurs suivants doivent toutefois être considérés dans la prise de décision :
 - ▶ Le port de l'appareil de protection respiratoire N95 (APR N95) est recommandé lors de ces interventions. Or, l'APR N95 pourrait ne pas avoir été porté pour diverses raisons.
 - ▶ Le temps à considérer doit inclure celui de la réalisation de l'IMGA ainsi qu'un changement d'air complet suivant celle-ci.
 - ➔ Bien que le masque médical ne constitue pas une protection contre les infections aéroportées, plusieurs experts considèrent que, puisqu'il confère une certaine protection barrière, il doit être pris en compte lors de l'évaluation de l'exposition.

Définitions

Travailleur de la santé

- ▶ Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- ▶ Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux
- ▶ CHSLD et résidence privée pour aînés (RPA)
- ▶ Autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- ▶ Centres de réadaptation
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

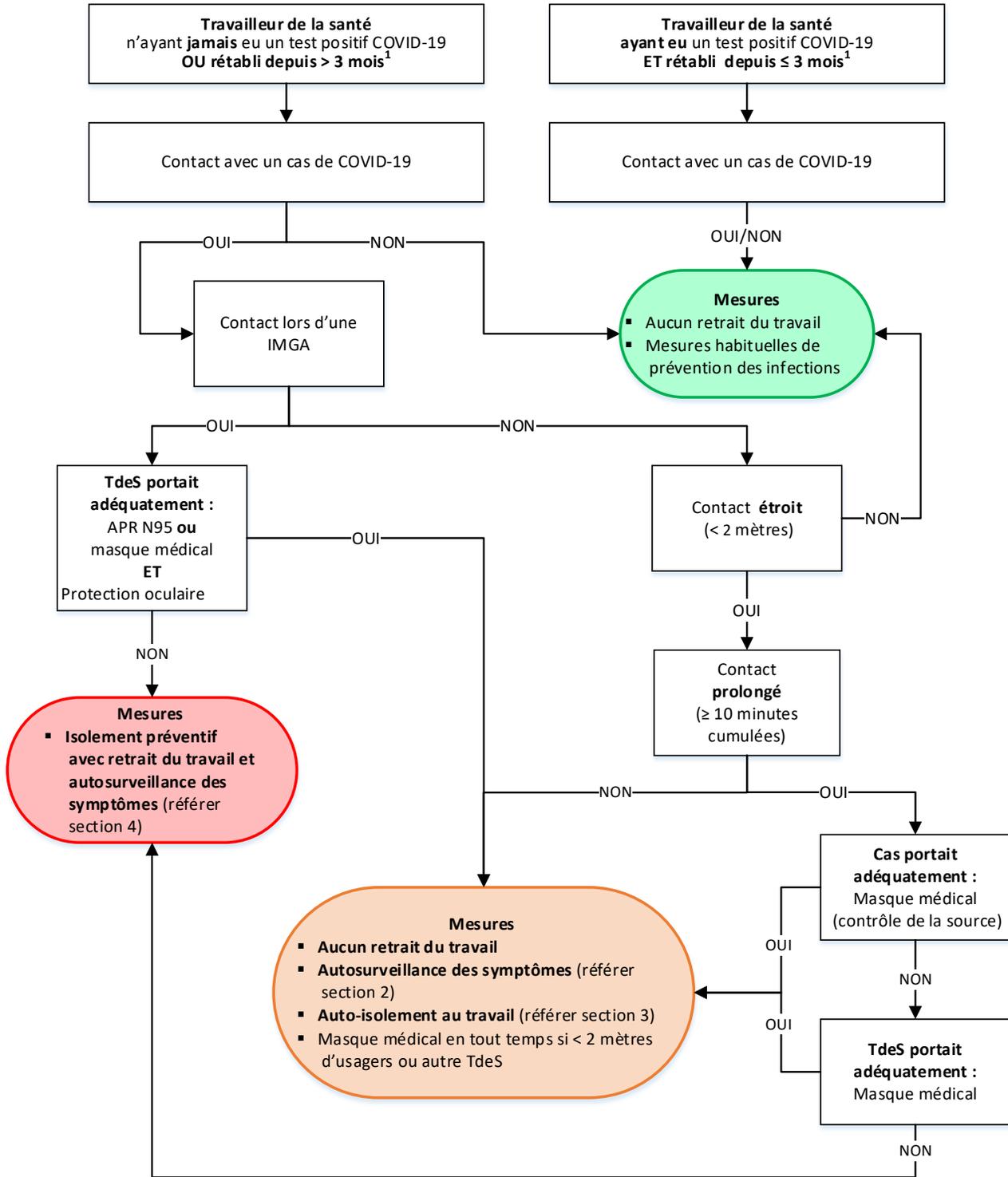
Cas de COVID-19

- ▶ Référez à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#).
- ▶ Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- ▶ Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.

Section 1 : Algorithme d'évaluation du travailleur de la santé

Algorithme pour l'évaluation du travailleur de la santé lors de contact avec cas de COVID-19



¹ Référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé](#)

Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre personnel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes, s'isoler et contacter l'employeur sans délai et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#)

Section 3 : Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Effectuer ses déplacements dans son propre véhicule. Si utilisation de transport en commun ou de covoiturage, porter un couvre-visage.
- ▶ Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

Section 4 : Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes

Service de santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) :

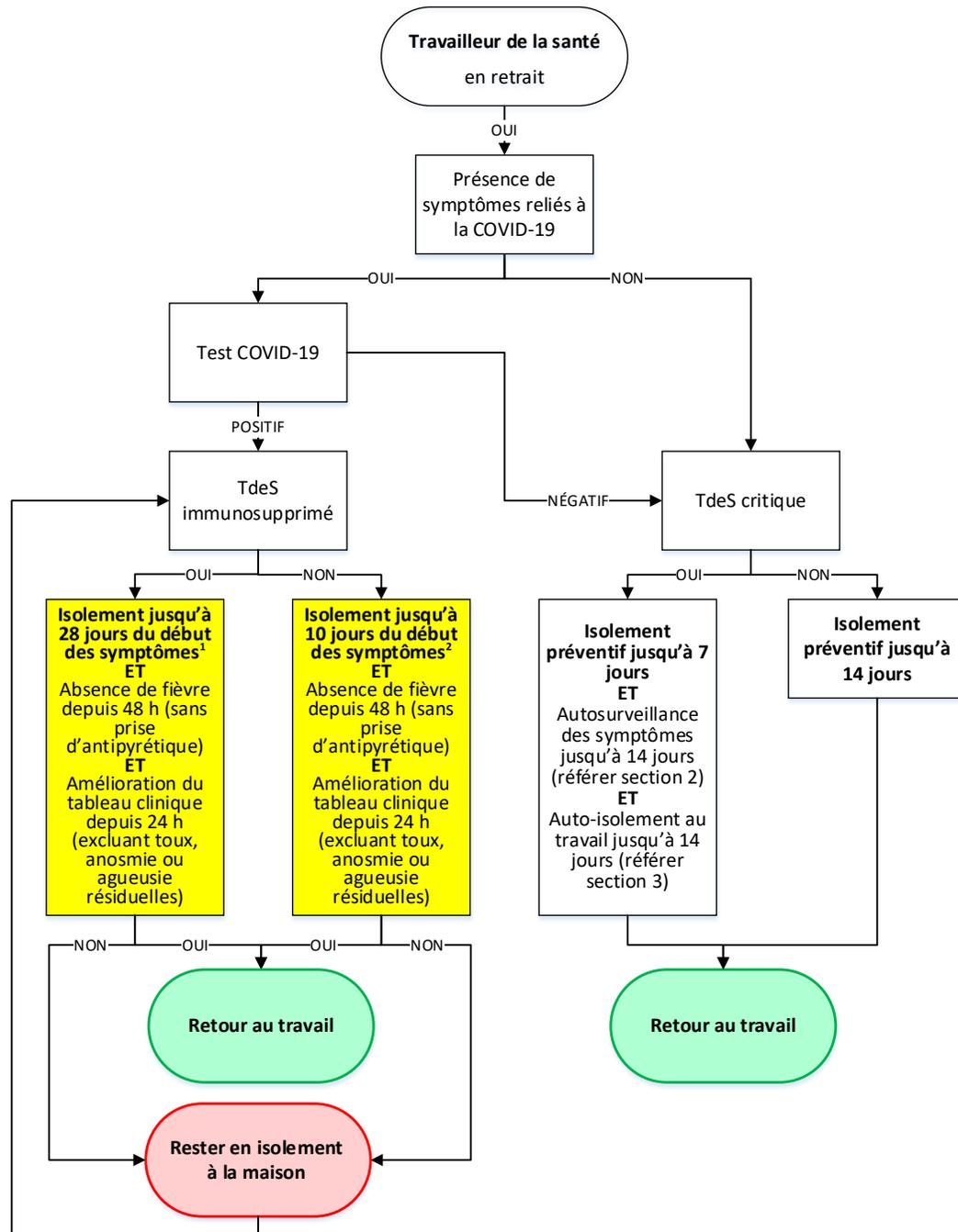
- ▶ Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Retourner au travail, référer à l'algorithme de la section 5.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et pour plus de détails à : [COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé](#). Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : [Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#)

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à : Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19.
- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Contacter le service de santé (ou autre) si développe des symptômes et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#)

Section 5 : Retour au travail du travailleur de la santé

Algorithme pour l'évaluation du retour au travail du travailleur de la santé



¹ 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 après 28 jours chez les TdeS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un TdeS pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de test de laboratoire négatifs entre le jour 21 et 28. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.

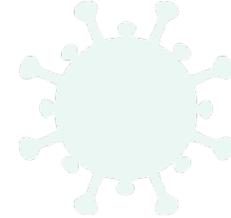
² Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les TdeS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.

Annexe 1

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom :	Prénom :
Date dernière exposition :	Date début surveillance :
Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :	

JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES <input checked="" type="checkbox"/>													
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge						
Jour 1		°C	°C														
Jour 2		°C	°C														
Jour 3		°C	°C														
Jour 4		°C	°C														
Jour 5		°C	°C														
Jour 6		°C	°C														
Jour 7		°C	°C														
Jour 8		°C	°C														
Jour 9		°C	°C														
Jour 10		°C	°C														
Jour 11		°C	°C														
Jour 12		°C	°C														
Jour 13		°C	°C														
Jour 14		°C	°C														



Références

Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med* 2020 May 28;382(22):2081-2090. doi:10.1056/NEJMoa2008457.

British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), *Interim Guidance: Public Health Management of cases and contacts associated with novel coronavirus (COVID-19) in the community.* Version du 25 septembre 2020. Repéré au : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf

Bullard J, Durst K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L *et al.* Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis* 2020 May 22. doi: 10.1093/cid/ciaa638

Center for disease control and prevention (CDC), *Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19).* Version du 3 décembre 2020. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html>

Center for disease control and prevention (CDC), 2020. *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19.* Version du 19 octobre 2020. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Cheng HW, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH, *et al.* Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

European Center for disease control and prevention (ECDC), *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union.* Version du 9 avril 2020. Repéré au : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques.* Version du 18 novembre 2020. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/investigation-procedures-diagnostiques/detection-asymptomatiques-1547.html>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et immunosuppression.* Version du 24 septembre 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

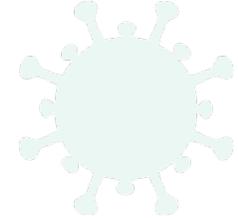
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.* Version du 13 octobre 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.* Version 28 août 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.* Version 13 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.* Version 15 septembre 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19>

Lu J, Peng J, Xiong Q, Liu Z, Lin H, Tan X, *et al.* Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) *Medrxiv.* 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>



Public Health England, *COVID-19 : management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. Version du 28 septembre 2020. Repéré au : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso, *Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu des contacts non protégés (sans masque) avec des cas COVID-19*. Version du 26 mai 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2005_26_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.0.pdf

Swissnoso, *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS – situation extraordinaire*. Version du 17 avril 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2004_17_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

van Kampen J, van de Vijver D, Fraaij P, Haagmans B, Lamers M, Okba N, *et al.* Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>

Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, *et al.* (2020). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 2020 May;581(7809):465-469. doi:10.1038/s41586-020-2196-x

Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, *et al.* Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020;26(8):10.3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication :2905

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Dernière mise à jour **le 14 janvier 2021 – Version 2.4.** Modifications apportées en jaune.

Le manque de données sur les effets du vaccin au niveau de la transmission ne nous permet pas de modifier les différentes recommandations :

- ▶ Le travailleur de la santé doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle, hygiène des mains).
- ▶ Il est trop tôt pour statuer sur l'impact du statut vaccinal en lien avec les critères d'exposition d'un travailleur de la santé. Les recommandations en vigueur dans ce document sont donc maintenues.

Préambule

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en compte lors d'une exposition à un cas de COVID-19 survenue en milieu de soins, pour la gestion des personnes exposées. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, retrait du travail et retour au travail) pour les travailleurs de la santé exposés lors d'une situation précise. Ainsi, il est essentiel de détailler le plus précisément possible les circonstances de l'événement, de même que les mesures de précaution appliquées par les travailleurs, incluant le port de l'ÉPI, au moment de l'exposition. **Le but de ce document n'est pas de recommander l'ÉPI qui doit être porté par les TdeS** lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés, en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement. Si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, utiliser : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#).

De plus, les données récentes internationales et les données provinciales non publiées sur la durée de la contagiosité ont permis de cesser la réalisation des tests PCR pour la levée des mesures d'isolement chez le TdeS (non immunosupprimé).

Les facteurs suivants ont été considérés pour aider à établir la démarche menant à la prise de décision :

- ▶ Le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes lors de contacts étroits et rapprochés. L'ÉPI le plus important est donc le port du masque médical¹, qui confère une protection contre la projection des gouttelettes.
- ▶ La transmission du SRAS-CoV2 par contact direct et indirect via les surfaces est aussi à considérer, mais apparaît moins importante. Ainsi, le port de la blouse et des gants est important étant donné les gouttelettes projetées durant l'intervention.

¹ Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical.
Référer à : [SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins](#).

- ▶ Lors d'interventions médicales générant des aérosols, la transmission aérienne est à considérer. Les facteurs suivants doivent toutefois être considérés dans la prise de décision :
 - ▶ Le port de l'appareil de protection respiratoire N95 (APR N95) est recommandé lors de ces interventions. Or, l'APR N95 pourrait ne pas avoir été porté pour diverses raisons.
 - ▶ Le temps à considérer doit inclure celui de la réalisation de l'IMGA ainsi qu'un changement d'air complet suivant celle-ci.
 - ▶ Bien que le masque médical ne constitue pas une protection contre les infections aéroportées, plusieurs experts considèrent que, puisqu'il confère une certaine protection barrière, il doit être pris en compte lors de l'évaluation de l'exposition.

Définitions

Travailleur de la santé

- ▶ Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- ▶ Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.

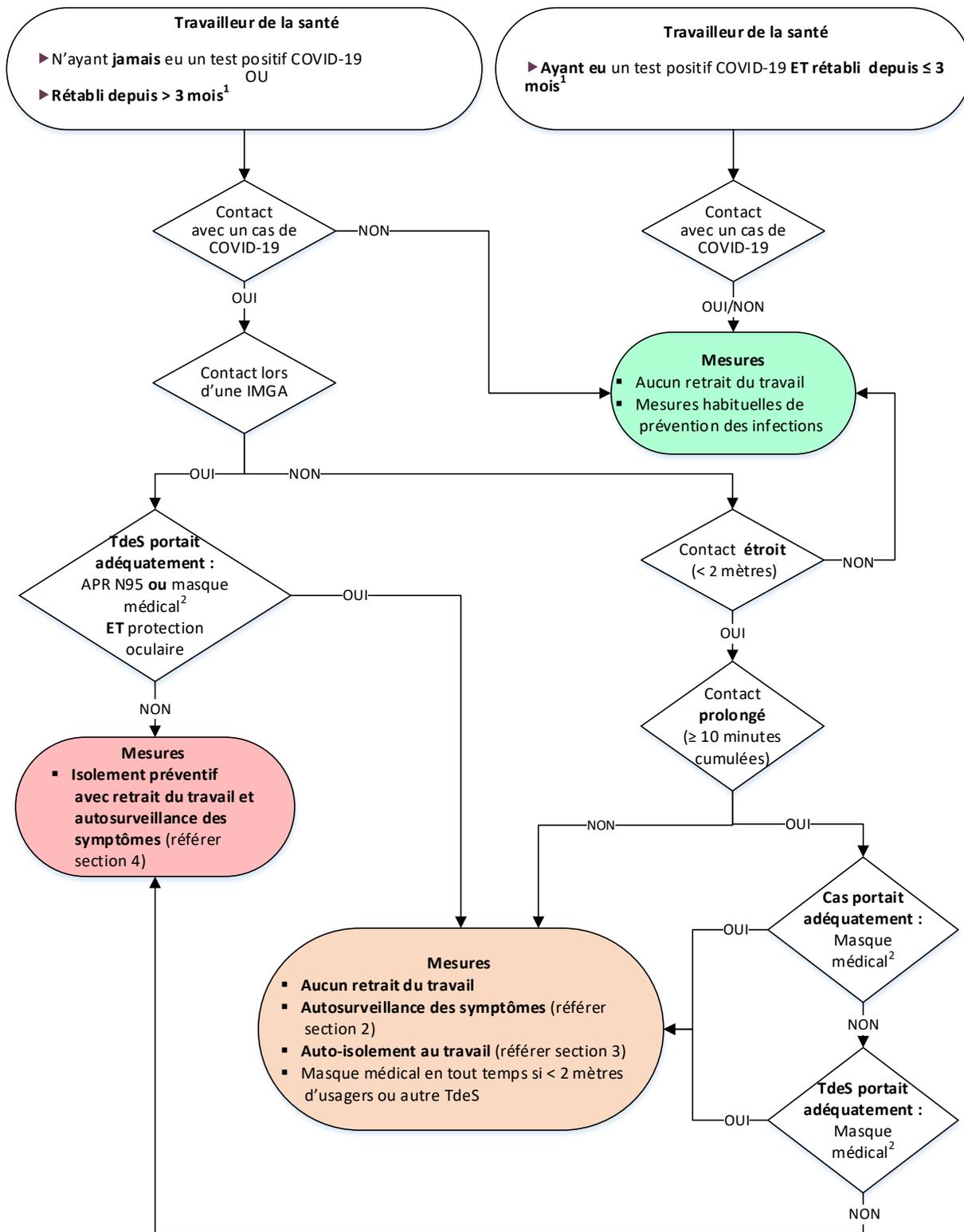
Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- ▶ Centres de réadaptation
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Cas de COVID-19

- ▶ Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#).
- ▶ Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- ▶ Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).
- ▶ À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.

Section 1 : Algorithme d'évaluation du travailleur de la santé



¹ Référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé](#)

² Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3)

Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre personnel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes, s'isoler et contacter l'employeur sans délai et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#)

Section 3 : Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Effectuer ses déplacements dans son propre véhicule. Si utilisation de transport en commun ou de covoiturage, porter un couvre-visage.
- ▶ Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

Section 4 : Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes

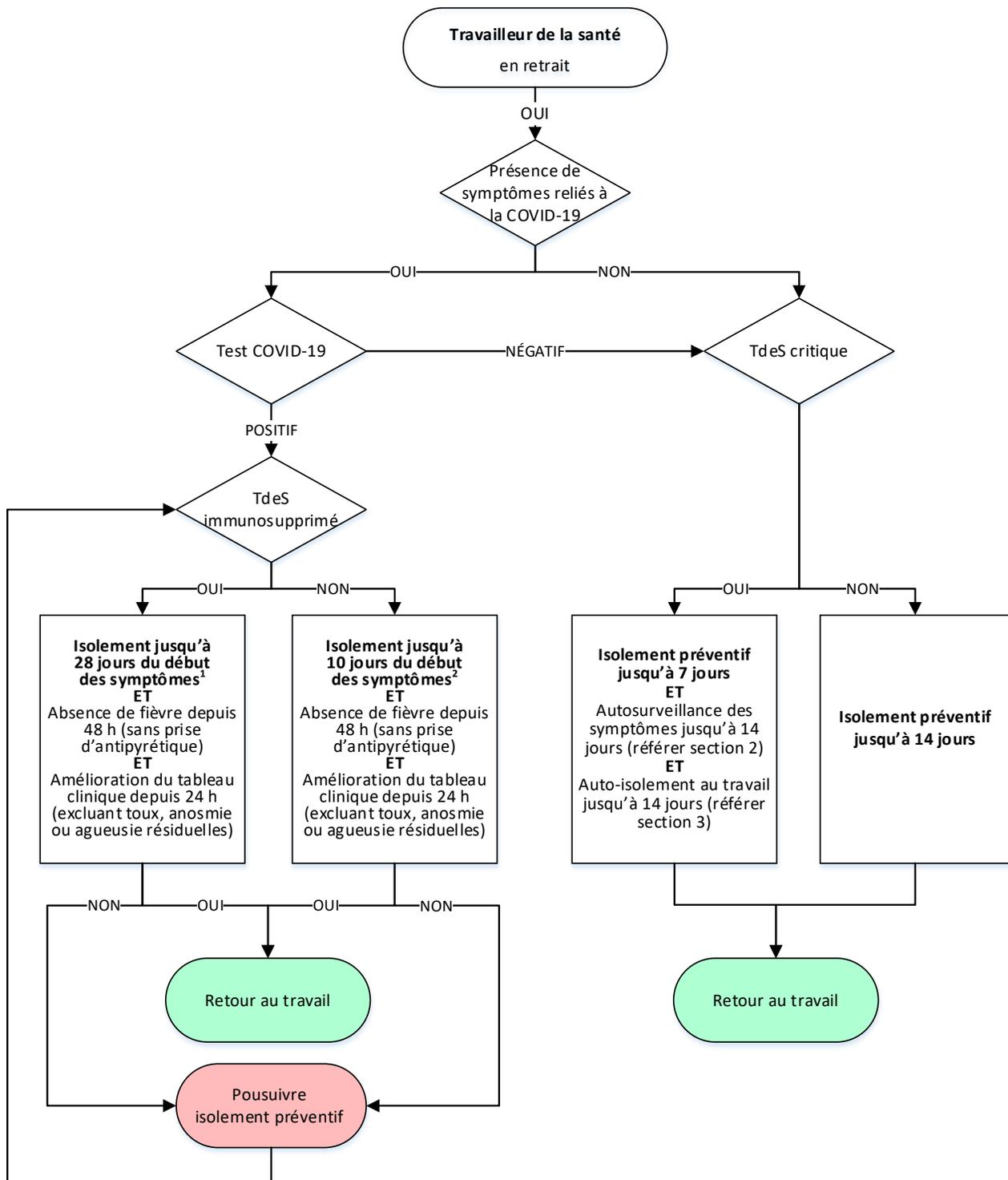
Service de santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Retourner au travail, référer à l'algorithme de la section 5.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et pour plus de détails à : [COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé](#). Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : [Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#)

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à : Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19.
- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Contacter le service de santé (ou autre) si développe des symptômes et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#)

Section 5 : Retour au travail du travailleur de la santé



- 1 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 après 28 jours chez les TdeS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un TdeS pour lequel on aurait obtenu 2 résultats négatifs entre le jour 21 et 28. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.
- 2 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 TdeS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.

Annexe 1

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom :	Prénom :
Date dernière exposition :	Date début surveillance :
Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :	

JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES <input checked="" type="checkbox"/>											
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge				
Jour 1		°C	°C												
Jour 2		°C	°C												
Jour 3		°C	°C												
Jour 4		°C	°C												
Jour 5		°C	°C												
Jour 6		°C	°C												
Jour 7		°C	°C												
Jour 8		°C	°C												
Jour 9		°C	°C												
Jour 10		°C	°C												
Jour 11		°C	°C												
Jour 12		°C	°C												
Jour 13		°C	°C												
Jour 14		°C	°C												

Références

Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med* 2020 May 28;382(22):2081-2090. doi:10.1056/NEJMoa2008457.

British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), *Interim Guidance: Public Health Management of cases and contacts associated with novel coronavirus (COVID-19) in the community.* Version du 25 septembre 2020. Repéré au : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf

Bullard J, Durst K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L *et al.* Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis* 2020 May 22. doi: 10.1093/cid/ciaa638

Center for disease control and prevention (CDC), *Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19).* Version du 14 décembre 2020. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html>

Center for disease control and prevention (CDC), 2020. *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19.* Version du 19 octobre 2020. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Cheng HW, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH, *et al.* Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

European Center for disease control and prevention (ECDC), *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union.* Version du 18 novembre 2020. Repéré au : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques.* Version du 29 avril 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_detection_moleculaire_individus_asymptomatiques.pdf

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et immunosuppression.* Version du 24 septembre 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.* Version du 13 octobre 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.* Version 28 août 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.* Version 13 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.* Version 15 septembre 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19>

Lu J, Peng J, Xiong Q, Liu Z, Lin H, Tan X, et al. Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>

Public Health England, *COVID-19 : management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. Version du 17 décembre 2020. Repéré au : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso, Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu un contact étroit non protégés avec un cas COVID-19. Version du 23 octobre 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.1_FR.pdf

Swissnoso, Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS. Version du 23 octobre 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

van Kampen J, van de Vijver D, Fraaij P, Haagmans B, Lamers M, Okba N, et al. Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>

Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. (2020). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 2020 May;581(7809):465-469. doi:10.1038/s41586-020-2196-x

Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020;26(8):10.3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
V 2.4	2020-01-14		► Précisions sur le niveau du masque médical

SRAS-CoV-2

Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 2905

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Dernière mise à jour **le 27 janvier 2021 – Version 2.5.** Modifications apportées en jaune.

Le manque de données sur les effets du vaccin au niveau de la transmission ne nous permet pas de modifier les différentes recommandations :

- ▶ Le travailleur de la santé doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle, hygiène des mains).
- ▶ Il est trop tôt pour statuer sur l'impact du statut vaccinal en lien avec les critères d'exposition d'un travailleur de la santé. Les recommandations en vigueur dans ce document sont donc maintenues.

Préambule

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en compte lors d'une exposition à un cas de COVID-19 survenue en milieu de soins, pour la gestion des personnes exposées. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, retrait du travail et retour au travail) pour les travailleurs de la santé exposés lors d'une situation précise. Ainsi, il est essentiel de détailler le plus précisément possible les circonstances de l'événement, de même que les mesures de précaution appliquées par les travailleurs, incluant le port de l'ÉPI, au moment de l'exposition. **Le but de ce document n'est pas de recommander l'ÉPI qui doit être porté par les TdeS** lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés, en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement. Si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, utiliser : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#).

De plus, les données récentes internationales et les données provinciales non publiées sur la durée de la contagiosité ont permis de cesser la réalisation des tests PCR pour la levée des mesures d'isolement chez le TdeS (non immunosupprimé).

Les facteurs suivants ont été considérés pour aider à établir la démarche menant à la prise de décision :

- ▶ Le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes lors de contacts étroits et rapprochés. L'ÉPI le plus important est donc le port du masque médical¹, qui confère une protection contre la projection des gouttelettes.
- ▶ La transmission du SRAS-CoV2 par contact direct et indirect via les surfaces est aussi à considérer, mais apparaît moins importante. Ainsi, le port de la blouse et des gants est important étant donné les gouttelettes projetées durant l'intervention.

¹ 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](#).

- ▶ Lors d'interventions médicales générant des aérosols, la transmission aérienne est à considérer. Les facteurs suivants doivent toutefois être considérés dans la prise de décision :
 - ▶ Le port de l'appareil de protection respiratoire N95 (APR N95) est recommandé lors de ces interventions. Or, l'APR N95 pourrait ne pas avoir été porté pour diverses raisons.
 - ▶ Le temps à considérer doit inclure celui de la réalisation de l'IMGA ainsi qu'un changement d'air complet suivant celle-ci.
 - ▶ Bien que le masque médical ne constitue pas une protection contre les infections aéroportées, plusieurs experts considèrent que, puisqu'il confère une certaine protection barrière, il doit être pris en compte lors de l'évaluation de l'exposition.

Définitions

Travailleur de la santé

- ▶ Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- ▶ Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.

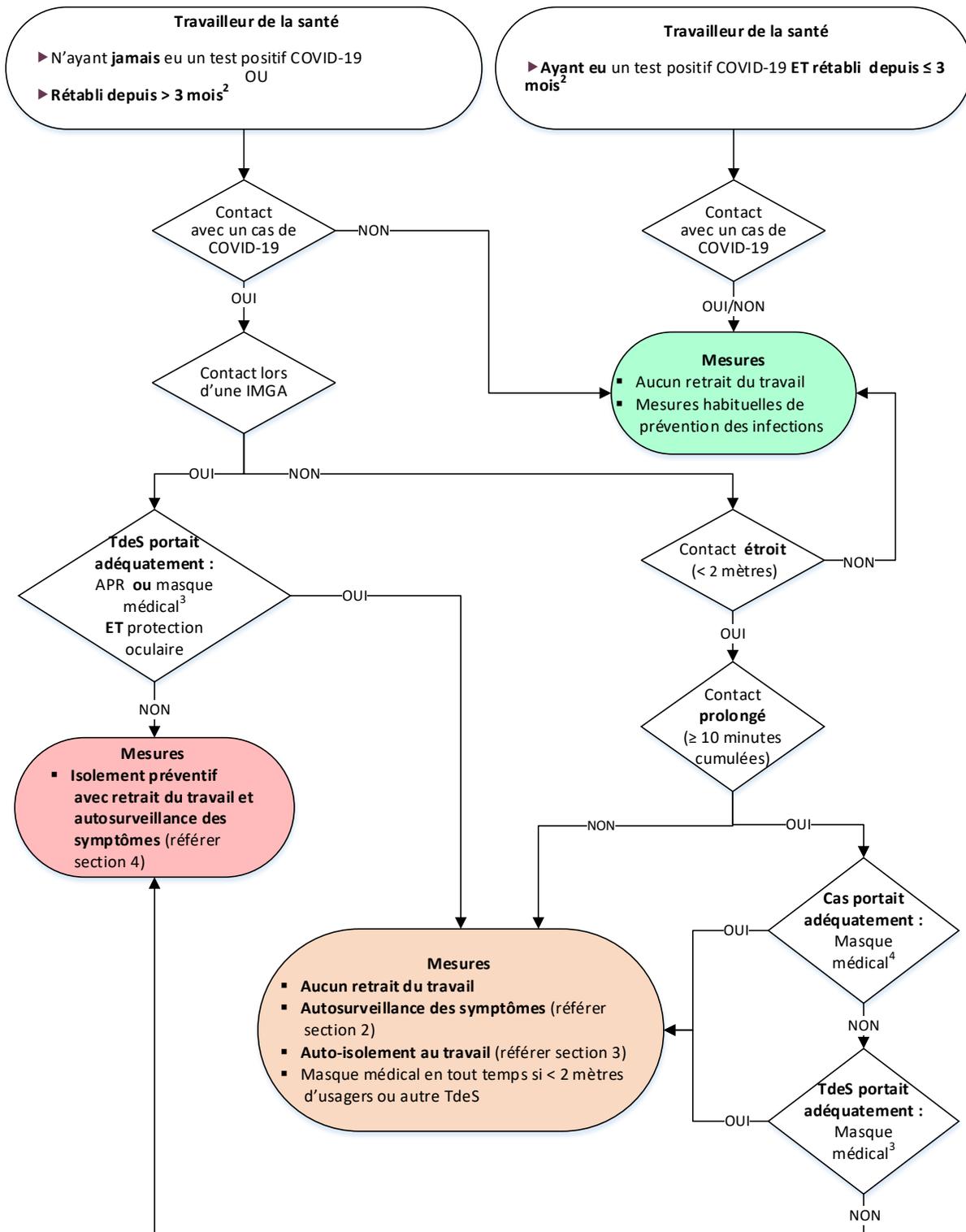
Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- ▶ Centres de réadaptation
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Cas de COVID-19

- ▶ Référez à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#).
- ▶ Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- ▶ Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).
- ▶ À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.

Section 1 : Algorithme d'évaluation du travailleur de la santé



² Référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé](#)

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

⁴ Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3)

Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre personnel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes, s'isoler et contacter l'employeur sans délai et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#)

Section 3 : Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Effectuer ses déplacements dans son propre véhicule. Si utilisation de transport en commun ou de covoiturage, porter un couvre-visage.
- ▶ Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

Section 4 : Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes

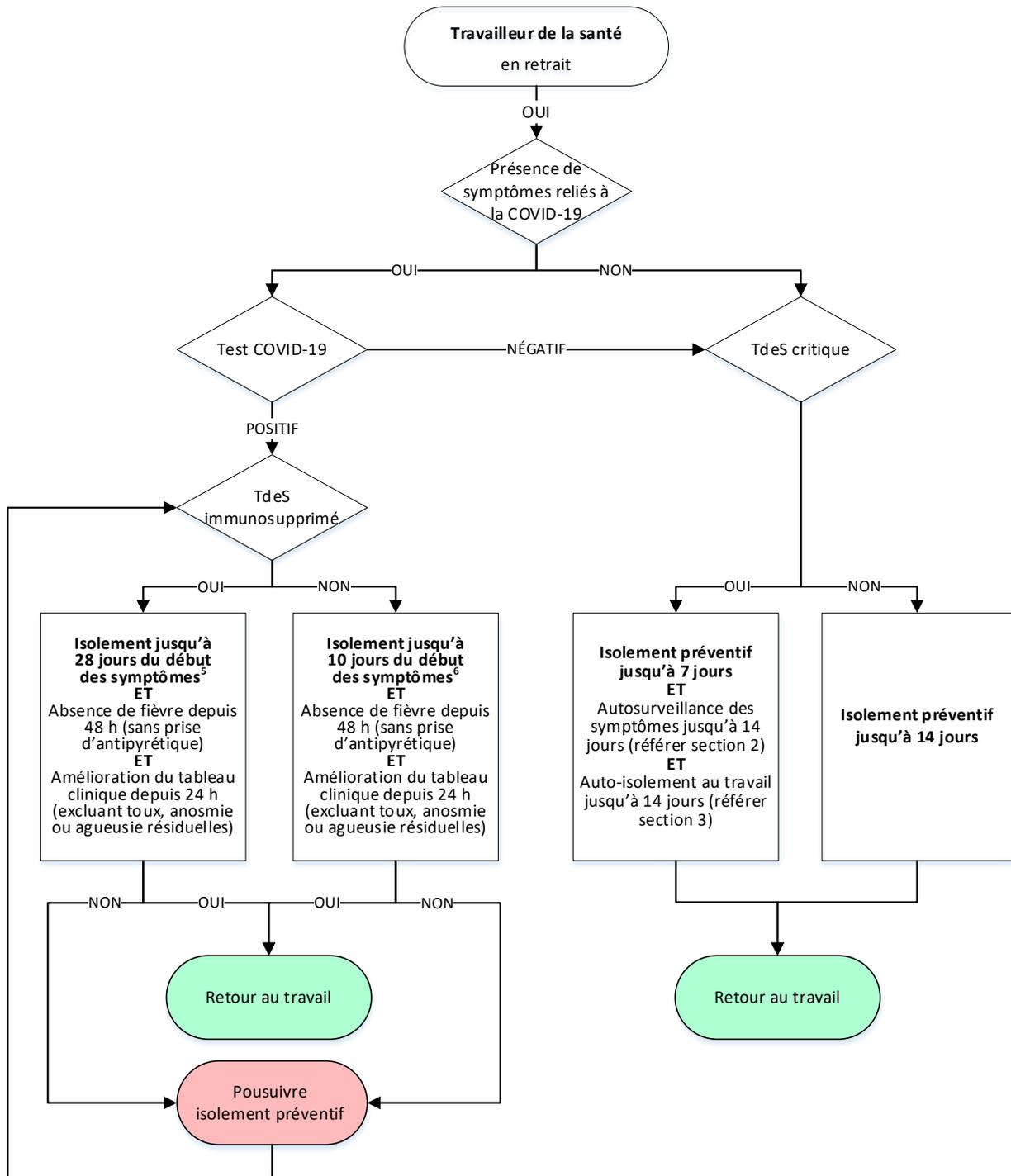
Service de santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Retourner au travail, référer à l'algorithme de la section 5.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et pour plus de détails à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé](#). Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : [Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#)

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à : Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19.
- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Contacter le service de santé (ou autre) si développe des symptômes et référer à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#).

Section 5 : Retour au travail du travailleur de la santé



- 5 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 après 28 jours chez les TdeS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un TdeS pour lequel on aurait obtenu 2 résultats négatifs entre le jour 21 et 28. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.
- 6 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 TdeS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.

Annexe 1

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom :

Prénom :

Date dernière exposition :

Date début surveillance :

Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :

JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES <input checked="" type="checkbox"/>											
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge				
Jour 1		°C	°C												
Jour 2		°C	°C												
Jour 3		°C	°C												
Jour 4		°C	°C												
Jour 5		°C	°C												
Jour 6		°C	°C												
Jour 7		°C	°C												
Jour 8		°C	°C												
Jour 9		°C	°C												
Jour 10		°C	°C												
Jour 11		°C	°C												
Jour 12		°C	°C												
Jour 13		°C	°C												
Jour 14		°C	°C												

Références

Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med* 2020 May 28;382(22):2081-2090. doi:10.1056/NEJMoa2008457.

British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), *Interim Guidance: Public Health Management of cases and contacts associated with novel coronavirus (COVID-19) in the community.* Version du 25 septembre 2020. Repéré au : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf

Bullard J, Durst K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L *et al.* Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis* 2020 May 22. doi: 10.1093/cid/ciaa638

Center for disease control and prevention (CDC), *Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19).* Version du 14 décembre 2020. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html>

Center for disease control and prevention (CDC), 2020. *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19.* Version du 19 octobre 2020. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Cheng HW, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH, *et al.* Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

European Center for disease control and prevention (ECDC), *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union.* Version du 18 novembre 2020. Repéré au : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques.* Version du 29 avril 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_detection_moleculaire_individus_asymptomatiques.pdf

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et immunosuppression.* Version du 24 septembre 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.* Version du 18 décembre 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.* Version 28 août 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.* Version 13 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.* Version 15 septembre 2020. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19>

Lu J, Peng J, Xiong Q, Liu Z, Lin H, Tan X, et al. Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>

Public Health England, *COVID-19 : management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. Version du 17 décembre 2020. Repéré au : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso, Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu un contact étroit non protégés avec un cas COVID-19. Version du 23 octobre 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.1_FR.pdf

Swissnoso, Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS. Version du 23 octobre 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

van Kampen J, van de Vijver D, Fraaij P, Haagmans B, Lamers M, Okba N, et al. Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>

Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. (2020). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 2020 May;581(7809):465-469. doi:10.1038/s41586-020-2196-x

Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020;26(8):10.3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
V2.5	2021-01-27		► Précision sur le type d'APR
V 2.4	2021-01-14		► Précisions sur le niveau du masque médical

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 2905

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Mise à jour **le 9 mars 2021 – Version 3** modifications apportées en jaune

La faible couverture vaccinale dans la population générale et la présence de nouveaux variants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec influencent nos recommandations :

- ▶ Le travailleur de la santé (TdeS) doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains).
- ▶ Le statut vaccinal du TdeS permet de moduler les indications de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19.

Préambule

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en compte lors d'une exposition à un cas de COVID-19 survenue en milieu de soins, pour la gestion des personnes exposées. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les travailleurs de la santé exposés lors d'une situation précise. Ainsi, il est essentiel de détailler le plus précisément possible les circonstances de l'événement, de même que les mesures de précaution appliquées par les travailleurs, incluant le port de l'ÉPI, au moment de l'exposition.

Le but de ce document n'est pas de recommander l'ÉPI qui doit être porté par les TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés, en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement ainsi que le statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination) du TdeS. Si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, utiliser : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#).

Les facteurs suivants ont été considérés pour aider à établir la démarche menant à la prise de décision :

Les modes de transmission du SRAS-CoV-2

- ▶ Le virus SRAS-CoV-2 est excrété par les voies respiratoires et se transmet lors de contacts rapprochés et prolongés.
- ▶ Des gouttes ainsi que des aérosols de toutes tailles contenant du virus SRAS-CoV-2 peuvent contribuer à la transmission à proximité (moins de 2 mètres), soit par contact direct avec les muqueuses (bouche, nez, yeux) ou en pénétrant directement dans les voies respiratoires supérieures ou par contact indirect avec l'environnement contaminé (moindre importance) (référer au document [Transmission du SRAS-CoV-2: Constats et proposition de terminologie pour plus d'informations](#)). Le port du masque médical, d'une protection oculaire, de la blouse et des gants contribuera à limiter la transmission par ces modes.
- ▶ Considérant la production importante d'aérosols pouvant être générés lors d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA), le port d'un appareil de protection respiratoire (APR N95) est recommandé. Toutefois, plusieurs experts considèrent que le masque médical offre une certaine protection de type barrière et doit être pris en compte lors de l'évaluation d'une exposition.

Le niveau de protection offert par la vaccination

- ▶ Selon les données d'études de phase 3 (documents soumis à la FDA américaine) pour chacun des deux vaccins actuellement utilisés pour vacciner les TdeS (Vaccin ARNm-1273 de Moderna et Vaccin ARN BNT 162b de Pfizer-BioNTech), en excluant les cas survenus dans les 14 jours suivant la 1^{ère} dose, l'efficacité vaccinale est de 92 % (69-99 %) 14 jours après la 1^{ère} dose et 95 % (87-98 %) après la 2^e dose.
- ▶ Il existe plusieurs inconnues sur l'efficacité des vaccins à ARNm contre les différents variants du SRAS-CoV-2 qui émergent à l'heure actuelle (CIQ 2021).

La présence de nouveaux variants du SRAS-CoV-2 en circulation

- ▶ Suite à l'importation au Québec par des cas infectés de certaines souches de variants du SRAS-CoV-2 en provenance d'autres pays, un programme de surveillance des variants a été mis en place en collaboration avec les laboratoires des établissements de soins et le Laboratoire de santé publique du Québec.
- ▶ Certains de ces variants sous surveillance rehaussée (VSSR) suscitent de l'intérêt et apparaissent plus préoccupants, puisqu'ils sont associés à un risque accru de contagiosité, de virulence ou encore d'échappement possible aux vaccins contre la COVID-19. Ceux-ci font l'objet d'une intervention prioritaire auprès des cas et de leurs contacts et d'une surveillance génomique. Pour la liste des VSSR, et les données de surveillance des variants au Québec, référer à : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>.
- ▶ Les mesures spécifiques aux VSSR sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et des recommandations d'experts d'instances internationales reconnues. Elles seront ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et en fonction des nouvelles connaissances sur ces variants.

Définitions

Travailleur de la santé

- ▶ Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- ▶ Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- ▶ Centres de réadaptation
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Cas de COVID-19

- ▶ Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#).
- ▶ Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- ▶ Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).
- ▶ À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.

Variants sous surveillance rehaussée (VSSR)

- ▶ Les cas de **variants présumptifs** sont ceux identifiés par des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) de criblage (TAAN ciblant des mutations retrouvées chez les variants recherchés) et qui sont acheminés au LSPQ pour confirmation par séquençage. Ce ne sont pas tous les cas présumptifs détectés au criblage qui seront confirmés comme étant des VSSR.
- ▶ Les **variants confirmés** sont des cas de VSSR après une analyse du génome entier du virus par séquençage au LSPQ.
- ▶ Dans ce document, les recommandations s'appliquent pour les cas présumptifs ou confirmés de VSSR.

Section 1 : Tableaux d'évaluation de l'exposition du TdeS

1.1 Tableau d'évaluation de l'exposition du TdS vacciné ET considéré protégé

La définition du TdeS vacciné considéré protégé: TdeS ayant reçu 1re dose vaccin COVID-19 depuis ≥ 14 jours au moment de l'exposition ou ≤ 3 mois post dernière dose (excluant TdeS immunosupprimé, celui-ci est considéré non protégé, référer à la section 1.3).

Type d'exposition au cas de COVID-19	Exposition à un cas suspecté ou confirmé COVID-19 sans VSSR	Exposition à un cas présomptif ou confirmé de VSSR
Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Dépistage par TAAN aux jours 5 et 10 suivant l'exposition^B Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3) 	<ul style="list-style-type: none"> Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes (référer section 4) Dépistage par TAAN^C entre 3 et 5 jours suivant l'exposition Répéter le dépistage avant le retour au travail. Pour les indications de retour au travail, référer à : SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> TdeS ET usager ne portaient PAS adéquatement masque médical^A 		
Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> TdeS portait adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3) 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Dépistage par TAAN^C entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et répéter aux 3 à 7 jours jusqu'à 14 jours après la dernière exposition Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3)
Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> TdeS OU usager portait adéquatement masque médical^A 		
Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)		
Contact non étroit (≥ 2 mètres) (excluant contact lors d'une IMGA)	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections 	

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

^B Malgré des données d'efficacité vaccinale supérieure à 90 %, le CINQ recommande de procéder à 2 dépistages afin de découvrir d'éventuels cas qui auraient tout de même acquis l'infection, mais seraient asymptomatiques en raison de la vaccination.

^C Lors d'exposition à un variant, par prudence il est recommandé de procéder à des dépistages afin d'identifier rapidement les TdeS asymptomatiques qui pourraient avoir acquis l'infection.

1.2 Tableau d'évaluation de l'exposition du TdeS rétabli

La définition du TdeS rétabli : TdeS ayant eu un test positif COVID-19 ET rétabli depuis ≤ 3 mois.

Type d'exposition au cas de COVID-19	Exposition à un cas suspecté ou confirmé COVID-19 sans VSSR	Exposition à un cas présomptif ou confirmé de VSSR
Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections 	<ul style="list-style-type: none"> Isolément préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes (référer section 4) Dépistage par TAAN^B entre 3 et 5 jours suivant l'exposition Répéter le dépistage avant le retour au travail. Pour les indications de retour au travail, référer à : SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> TdeS ET usager ne portaient PAS adéquatement masque médical^A 		
Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> TdeS portait adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Dépistage par TAAN^B entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et répéter aux 3 à 7 jours jusqu'à 14 jours après la dernière exposition Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3)
Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> TdeS OU usager portait adéquatement masque médical^A 		
Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)		
Contact non étroit (≥ 2 mètres) (excluant contact lors d'une IMGA)	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections 	

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

^B Lors d'exposition à un variant, par prudence il est recommandé de procéder à des dépistages afin d'identifier rapidement les TdeS asymptomatiques qui pourraient avoir acquis l'infection.

1.3 Tableau d'évaluation de l'exposition du TdeS considéré non protégé

La définition du TdeS considéré non protégé: TdeS n'ayant jamais eu un test positif COVID-19 OU rétabli depuis > 3 mois OU ayant reçu 1^{re} dose de vaccin COVID-19 depuis < 14 jours au moment de l'exposition ou > 3 mois post dernière dose OU TdeS immunosupprimé vacciné. Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : [Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Type d'exposition au cas de COVID-19	Exposition à un cas suspecté ou confirmé COVID-19 sans VSSR	Exposition à un cas présomptif ou confirmé de VSSR
<p>Contact lors d'une IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes (référer section 4) Pour les indications de retour au travail, référer à : SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes (référer section 4) Dépistage par TAAN^B entre 3 et 5 jours suivant l'exposition Répéter le dépistage avant le retour au travail. Pour les indications de retour au travail, référer à : SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
<p>Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) :</p> <ul style="list-style-type: none"> TdeS ET usager ne portaient PAS adéquatement masque médical^A 		
<p>Contact lors d'une IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> TdeS portait adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3) 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Dépistage par TAAN^B entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et répéter aux 3 à 7 jours jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3)
<p>Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) :</p> <ul style="list-style-type: none"> TdeS OU usager portait adéquatement masque médical^A 		
<p>Contact étroit (< 2 mètres) non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)</p>		
<p>Contact non étroit (≥ 2 mètres) (excluant contact lors d'une IMGA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections 	

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

^B Lors d'exposition à un variant, par prudence il est recommandé de procéder à des dépistages afin d'identifier rapidement les TdeS asymptomatiques qui pourraient avoir acquis l'infection.

Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre personnel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.](#)

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Pour les indications de test référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aussi à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison.](#)

Section 3 : Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ.](#)
- ▶ Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres. Pour les recommandations pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ.](#)
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

Section 4 : Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes

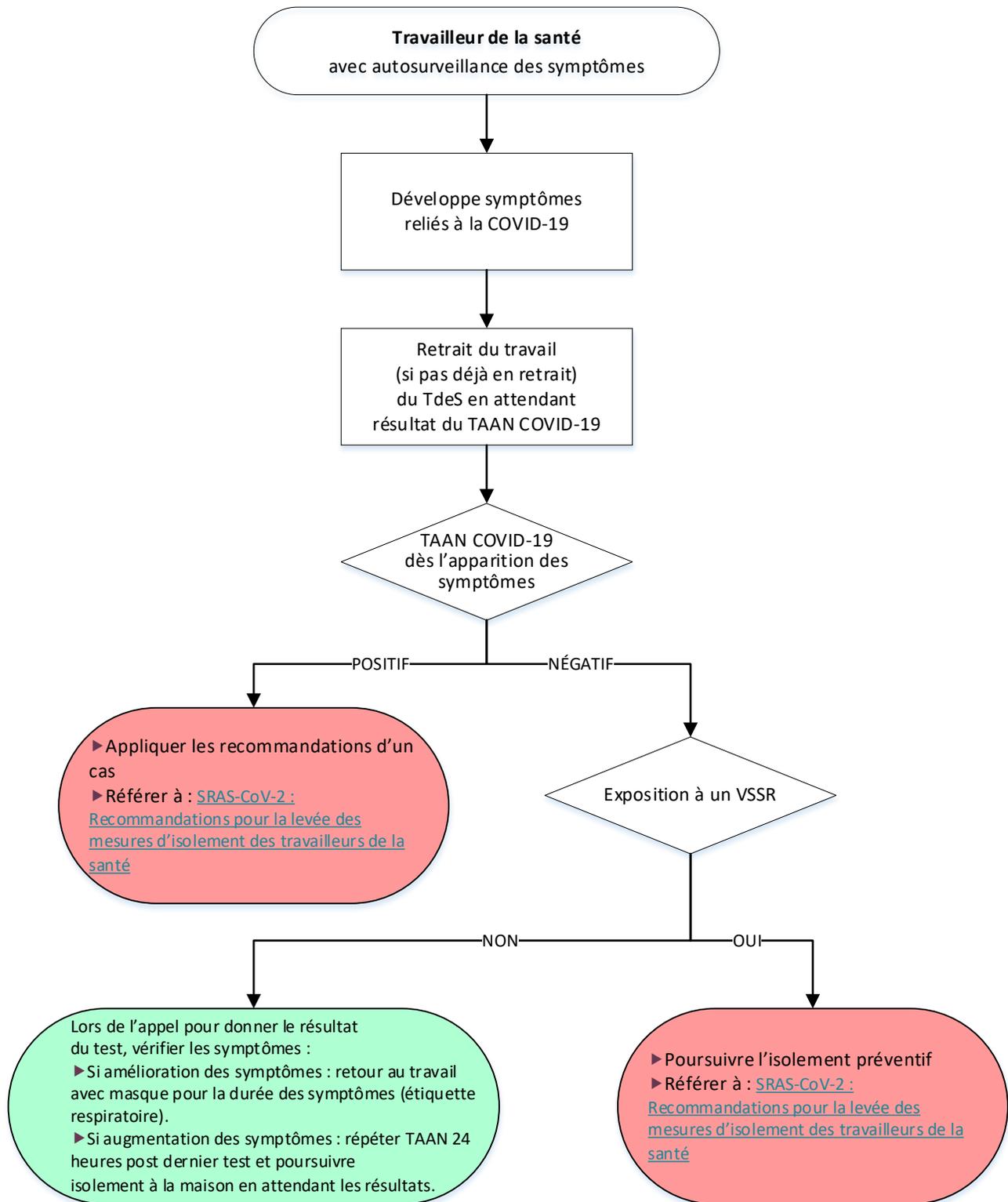
Service de santé doit jusqu'à 10 jours (si exposition sans VSSR) ou 14 jours (si exposition avec VSSR) suivant la dernière exposition (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.](#)
- ▶ Pour les indications de retour au travail, référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.](#)

Travailleur de la santé doit suivant la dernière exposition :

- ▶ Être en isolement préventif à la maison **jusqu'à 10 jours (si exposition sans VSSR) ou 14 jours (si exposition avec VSSR)**, référer à : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19.](#)
- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1) **jusqu'à 14 jours post exposition.**
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1) **jusqu'à 14 jours post exposition.**
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Pour les indications de dépistage référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aussi à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19.](#) Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison.](#)
- ▶ Pour les indications de retour au travail, référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.](#)

Section 5 : Gestion du TdeS vacciné ou non développant des symptômes liés à la COVID-19



Annexe 1

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom :

Prénom :

Date dernière exposition :

Date début surveillance :

Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :

Test COVID-19		Date :		Résultat :		Date :		Résultat :									
JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES													
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge	Toux	Nez qui coule ou congestion nasale				
Jour 1		°C	°C														
Jour 2		°C	°C														
Jour 3		°C	°C														
Jour 4		°C	°C														
Jour 5		°C	°C														
Jour 6		°C	°C														
Jour 7		°C	°C														
Jour 8		°C	°C														
Jour 9		°C	°C														
Jour 10		°C	°C														
Jour 11		°C	°C														
Jour 12		°C	°C														
Jour 13		°C	°C														
Jour 14		°C	°C														

Références

Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med* 2020 May 28;382(22):2081-2090. doi:10.1056/NEJMoa2008457.

British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), *Interim Guidance: Public Health Management of cases and contacts associated with novel coronavirus (COVID-19) in the community*. Version du 25 septembre 2020. Repéré au : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf

Bullard J, Durst K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L *et al.* Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis* 2020 May 22. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>

Centers for disease control and prevention (CDC), *Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version du 19 février 2021. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

Centers for disease control and prevention (CDC), 2020. *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19*. Version du 13 février 2021. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Cheng HW, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH, *et al.* Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2020>

Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) 2021, 12 février). *Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaire sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie*. (publication no.3111). Institut national de santé publique du Québec. Repéré au : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3111_vaccination_covid19_2e_dose_contexte_penurie.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2021, 9 mars). *SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé*. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), (2021, 9 mars). *Variants sous surveillance rehaussée du SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins*. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3119-variants-sous-surveillance-rehausse-covid19>

European Center for disease control and prevention (ECDC), *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. Version du 18 novembre 2020. Repéré au : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques*. Version du 29 avril 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_detection_moleculaire_individus_asymptomatiques.pdf

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et immunosuppression*. Version du 24 septembre 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), (2021, 27 janvier). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), (2021, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. Version 28 août 2020. Repéré au : <https://www.inspq.gc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communautaire-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. Version 13 juillet 2020. Repéré au : <https://www.inspq.gc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. Version 15 septembre 2020. Repéré au : <https://www.inspq.gc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19>

Lu J, Peng J, Xiong Q, Liu Z, Lin H, Tan X, et al. Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>

Public Health England, *COVID-19 : management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. Version du 28 janvier 2021. Repéré au : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso, *Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. Version du 30 octobre 2020. Repéré au : https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.1_FR.pdf

Swissnoso, *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS*. Version du 23 octobre 2020. Repéré au : https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

van Kampen J, van de Vijver D, Fraaij P, Haagmans B, Lamers M, Okba N, et al. Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1>

Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. (2020). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 2020 May;581(7809):465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020;26(8):10.3201/eid2608.200681. <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
V3	2021-02-25		<ul style="list-style-type: none">▶ Ajout des indications pour TdeS vacciné considéré protégé, non protégé▶ Ajout des indications en lien avec les VSSR▶ Remplacement d'un algorithme par un tableau
V2.5	2021-01-27		<ul style="list-style-type: none">▶ Précision sur le type d'APR
V 2.4	2021-01-14		<ul style="list-style-type: none">▶ Précisions sur le niveau du masque médical

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

COLLABORATRICE

Josée Massicotte, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 2905

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Mise à jour **le 25 mars 2021 – Version 3.1** modifications apportées en jaune

La faible couverture vaccinale dans la population générale et la présence de nouveaux variants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec influencent nos recommandations :

- ▶ Le travailleur de la santé (TdeS) doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains).
- ▶ Le statut vaccinal du TdeS permet de moduler les indications de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19.

Préambule

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en compte lors d'une exposition à un cas de COVID-19 survenue en milieu de soins, pour la gestion des personnes exposées. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les travailleurs de la santé exposés lors d'une situation précise. Ainsi, il est essentiel de détailler le plus précisément possible les circonstances de l'événement, de même que les mesures de précaution appliquées par les travailleurs, incluant le port de l'ÉPI, au moment de l'exposition.

Le but de ce document n'est pas de recommander l'ÉPI qui doit être porté par les TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés, en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement ainsi que le statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination) du TdeS.

Pour évaluer l'exposition si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, référer à : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.](#)

Pour les indications de retour au travail d'un TdeS qui est en isolement préventif suite à une exposition, tant en milieu de soins qu'en communauté, référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.](#)

Les facteurs suivants ont été considérés pour aider à établir la démarche menant à la prise de décision :

Les modes de transmission du SRAS-CoV-2

- ▶ Le virus SRAS-CoV-2 est excrété par les voies respiratoires et se transmet lors de contacts rapprochés et prolongés.
- ▶ Des gouttes ainsi que des aérosols de toutes tailles contenant du virus SRAS-CoV-2 peuvent contribuer à la transmission à proximité (moins de 2 mètres), soit par contact direct avec les muqueuses (bouche, nez, yeux) ou en pénétrant directement dans les voies respiratoires supérieures ou par contact indirect avec l'environnement contaminé (moindre importance) (référer au document [Transmission du SRAS-CoV-2: Constats et proposition de terminologie pour plus d'informations](#)). Le port du masque médical, d'une protection oculaire, de la blouse et des gants contribuera à limiter la transmission par ces modes.
- ▶ Considérant la production importante d'aérosols pouvant être générés lors d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA), le port d'un appareil de protection respiratoire (APR N95) est recommandé. Toutefois, plusieurs experts considèrent que le masque médical offre une certaine protection de type barrière et doit être pris en compte lors de l'évaluation d'une exposition.

Le niveau de protection offert par la vaccination

- ▶ Selon les données d'études de phase 3 (documents soumis à la FDA américaine) pour chacun des deux vaccins actuellement utilisés pour vacciner les TdeS (Vaccin ARNm-1273 de Moderna et Vaccin ARN BNT 162b de Pfizer-BioNTech), en excluant les cas survenus dans les 14 jours suivant la 1^{re} dose, l'efficacité vaccinale est de 92 % (69-99 %) 14 jours après la 1^{re} dose et 95 % (87-98 %) après la 2^e dose.
- ▶ Il existe plusieurs inconnues sur l'efficacité des vaccins à ARNm contre les différents variants du SRAS-CoV-2 qui émergent à l'heure actuelle (CIQ, 2021).

La présence de nouveaux variants du SRAS-CoV-2 en circulation

- ▶ Suite à l'importation au Québec par des cas infectés de certaines souches de variants du SRAS-CoV-2 en provenance d'autres pays, un programme de surveillance des variants a été mis en place en collaboration avec les laboratoires des établissements de soins et le Laboratoire de santé publique du Québec.
- ▶ Certains de ces variants sous surveillance rehaussée (VSSR) suscitent de l'intérêt et apparaissent plus préoccupants, puisqu'ils sont associés à un risque accru de contagiosité, de virulence ou encore d'échappement possible aux vaccins contre la COVID-19. Ceux-ci font l'objet d'une intervention prioritaire auprès des cas et de leurs contacts et d'une surveillance génomique. Pour la liste des VSSR, et les données de surveillance des variants au Québec, référer à : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>.
- ▶ Les mesures spécifiques aux VSSR sont:
 - ▶ Ajustées lorsqu'un résultat de VSSR présomptif ou confirmé est disponible. En l'absence de mention de VSSR (analyse non effectuée ou résultat non disponible), les mesures habituelles contre le SRAS-CoV-2 s'appliquent.
 - ▶ Formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et des recommandations d'experts d'instances internationales reconnues. Elles seront ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et en fonction des nouvelles connaissances sur ces variants.

Définitions

Travailleur de la santé

- ▶ Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- ▶ Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- ▶ Centres de réadaptation
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Cas de COVID-19

- ▶ Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#).
- ▶ Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- ▶ Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).
- ▶ À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.

Variants sous surveillance rehaussée (VSSR)

- ▶ Les cas de **variants présumptifs** sont ceux identifiés par des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) de criblage (TAAN ciblant des mutations retrouvées chez les variants recherchés) et qui sont acheminés au LSPQ pour confirmation par séquençage. Ce ne sont pas tous les cas présumptifs détectés au criblage qui seront confirmés comme étant des VSSR.
- ▶ Les **variants confirmés** sont des cas de VSSR après une analyse du génome entier du virus par séquençage au LSPQ.
- ▶ Dans ce document, les recommandations s'appliquent pour les cas présumptifs ou confirmés de VSSR.

Section 1 : Tableaux d'évaluation de l'exposition du TdeS

1.1 Tableau d'évaluation de l'exposition du TdeS vacciné ET considéré protégé

La définition du TdeS vacciné considéré protégé : TdeS ayant reçu une 1^{re} dose d'un vaccin contre la COVID-19 depuis ≥ 14 jours au moment de l'exposition (excluant TdeS immunosupprimé, celui-ci est considéré non protégé, référer à la section 1.3). Un suivi de la durée de protection après la vaccination est en cours et la définition pourrait être ajustée à la lumière des nouvelles données.

	Type d'exposition au cas de COVID-19	Exposition à un cas suspecté ou confirmé COVID-19 sans VSSR	Exposition à un cas présomptif ou confirmé de VSSR
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Dépistage par TAAN aux jours 5 et 10 suivant l'exposition^B 	<ul style="list-style-type: none"> Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes (référer section 4) Dépistage par TAAN^C entre 3 et 5 jours suivant l'exposition
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> TdeS ET usager ne portaient PAS adéquatement masque médical^A 	<ul style="list-style-type: none"> Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3) 	<ul style="list-style-type: none"> Répéter le dépistage avant le retour au travail. Pour les indications de retour au travail, référer à : SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> TdeS portait adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 		<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Dépistage par TAAN^C entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et répéter aux 3 à 7 jours jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> TdeS OU usager portait adéquatement masque médical^A 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3) 	<ul style="list-style-type: none"> Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3)
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)		
	Contact non étroit (≥ 2 mètres)	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections 	

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

^B Malgré des données d'efficacité vaccinale supérieure à 90 %, le CINQ recommande de procéder à 2 dépistages afin de découvrir d'éventuels cas qui auraient tout de même acquis l'infection, mais seraient asymptomatiques en raison de la vaccination.

^C Lors d'exposition à un variant, par prudence il est recommandé de procéder à des dépistages afin d'identifier rapidement les TdeS asymptomatiques qui pourraient avoir acquis l'infection.

1.2 Tableau d'évaluation de l'exposition du TdeS rétabli

La définition du TdeS rétabli¹ : TdeS ayant eu un test positif COVID-19 (avec ou sans VSSR) ET rétabli depuis ≤ 3 mois.

	Type d'exposition au cas de COVID-19	Exposition à un cas suspecté ou confirmé COVID-19 sans VSSR	Exposition à un cas présumptif ou confirmé de VSSR
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections Autosurveillance des symptômes (référer section 2)
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> TdeS ET usager ne portaient PAS adéquatement masque médical^A 		
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> TdeS portait adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 		
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> TdeS OU usager portait adéquatement masque médical^A 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections 	
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)		
	Contact non étroit (≥ 2 mètres)	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections 	

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

¹ Pour un cas rétabli, le délai de 3 mois se calcule à partir de la date de début des symptômes (pour l'asymptomatique la date du test positif est utilisée). Référer à : [Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2](#).

1.3 Tableau d'évaluation de l'exposition du TdeS considéré non protégé

La définition du TdeS considéré non protégé : TdeS n'ayant jamais eu un test positif COVID-19 OU rétabli depuis > 3 mois OU ayant reçu une 1^{re} dose de vaccin contre la COVID-19 depuis < 14 jours au moment de l'exposition OU TdeS immunosupprimé vacciné. Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : [Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

	Type d'exposition au cas de COVID-19	Exposition à un cas suspecté ou confirmé COVID-19 sans VSSR	Exposition à un cas présomptif ou confirmé de VSSR
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes (référer section 4) Pour les indications de retour au travail, référer à : SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes (référer section 4) Dépistage par TAAN^B entre 3 et 5 jours suivant l'exposition Répéter le dépistage avant le retour au travail. Pour les indications de retour au travail, référer à : SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> TdeS ET usager ne portaient PAS adéquatement masque médical^A 		
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> TdeS portait adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3) 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Dépistage par TAAN^B entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et répéter aux 3 à 7 jours jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. Autosurveillance des symptômes (référer section 2) Auto-isolement au travail (référer section 3)
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> TdeS OU usager portait adéquatement masque médical^A 		
	Contact étroit (< 2 mètres) non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)		
	Contact non étroit (≥ 2 mètres)	<ul style="list-style-type: none"> Aucun retrait du travail Mesures habituelles de prévention des infections 	

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

^B Lors d'exposition à un variant, par prudence il est recommandé de procéder à des dépistages afin d'identifier rapidement les TdeS asymptomatiques qui pourraient avoir acquis l'infection.

Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre personnel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.](#)

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Pour les indications de test référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aussi à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison.](#)

Section 3 : Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ.](#)
- ▶ Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres. Pour les recommandations pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ.](#)
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

Section 4 : Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes

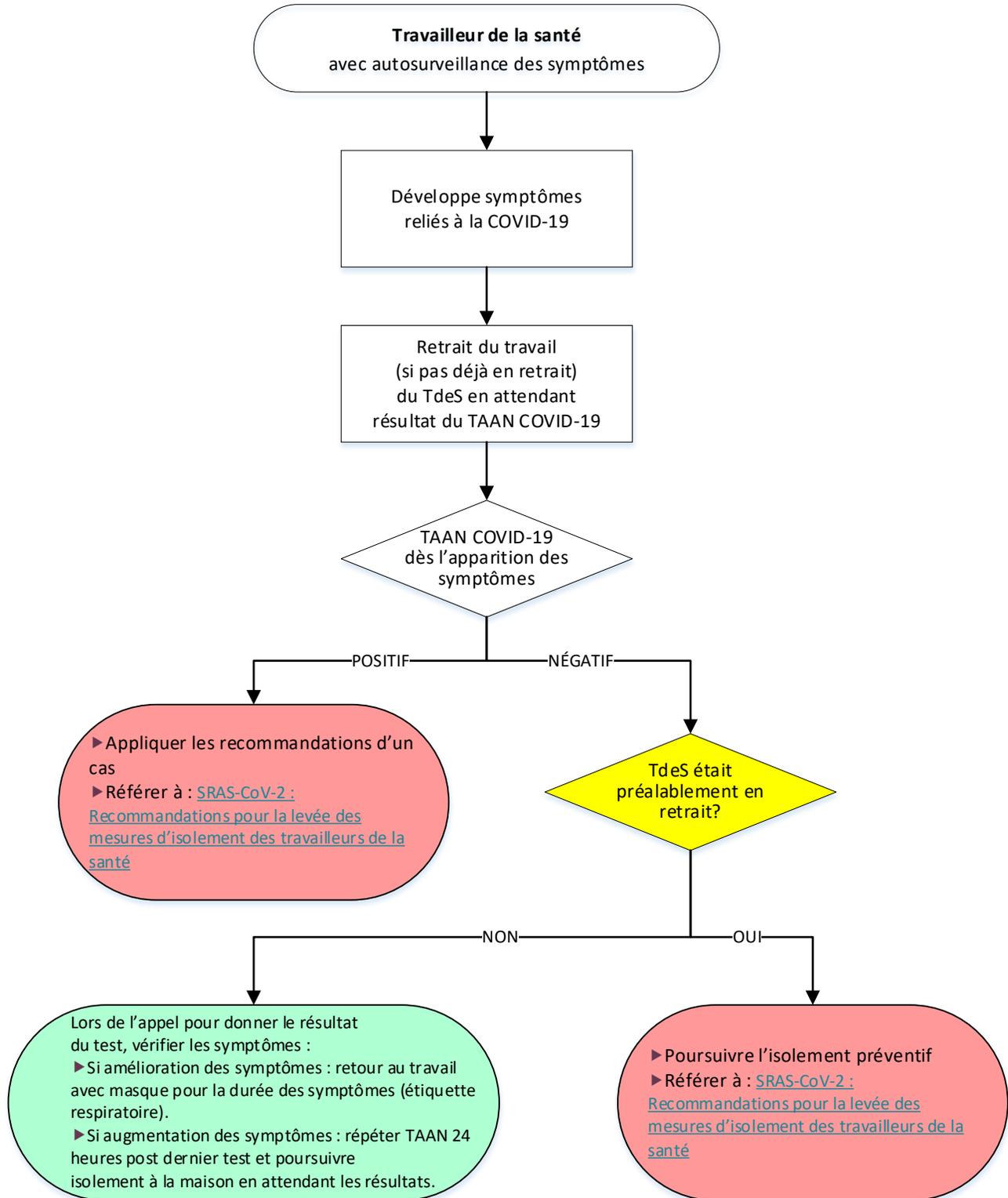
Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé](#).
- ▶ Pour les indications de retour au travail, référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif:

- ▶ Être en isolement préventif à la maison **pour la durée indiquée par le service de santé (ou autre)**, référer à : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1) jusqu'à 14 jours post exposition.
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1) jusqu'à 14 jours post exposition.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Pour les indications de dépistage référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aussi à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#).
- ▶ Pour les indications de retour au travail, référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé](#).

Section 5 : Gestion du TdeS vacciné ou non développant des symptômes liés à la COVID-19



Annexe 1

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom :	Prénom :
Date dernière exposition :	Date début surveillance :
Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :	

Test COVID-19		Date :		Résultat :	Date :		Résultat :							
JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES										
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge	Toux	Nez qui coule ou congestion nasale	
Jour 1		°C	°C											
Jour 2		°C	°C											
Jour 3		°C	°C											
Jour 4		°C	°C											
Jour 5		°C	°C											
Jour 6		°C	°C											
Jour 7		°C	°C											
Jour 8		°C	°C											
Jour 9		°C	°C											
Jour 10		°C	°C											
Jour 11		°C	°C											
Jour 12		°C	°C											
Jour 13		°C	°C											
Jour 14		°C	°C											

Références

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(22), pages 2081-2090. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2008457>

British Columbia Centre for Disease Control (2021, 26 janvier). *Recommendations for Risk Assessment and Management of Health-Care Worker Exposures to COVID-19 Patient: Interim Guidance for the Provincial Workplace Health Call Centre.* <http://www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/covid-19-care/testing-and-case-management-for-healthcare-workers>

Bullard, J., Durst, 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), pages 2663-2666. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>

Centers for disease control and prevention (2021, 11 mars). *Interim US Guidance for Risk Assessment and Work Restrictions for Healthcare Personnel with Potential Exposure to SARS-CoV-2.*: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

Centers for disease control and prevention (2021, 13 février). *Interim Guidance on Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19.* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for disease control and prevention (2021, 5 mars). *Interim clinical considerations for use of mRNA COVID-19 vaccines currently authorized in the United States.* <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>

Centers for disease control and prevention (2021, 10 mars). *Updated healthcare infection prevention and control recommendations in response to COVID-19 vaccination.* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

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. *JAMA Intern Med* 180(9), pages 1156-1163. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2020>

Comité sur l'immunisation du Québec (2021, 12 février). *Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaire sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie.* Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3111_vaccination_covid19_2e_dose_contexte_penurie.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (2021, 9 mars). *SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.* Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), (2021, 9 mars). *Variants sous surveillance rehaussée du SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins.* Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3119-variants-sous-surveillance-rehausse-covid19>

European Center for disease control and prevention (2020, 18 novembre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union.* <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (2020, 29 avril). *COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_detection_moleculaire_individus_asymptomatiques.pdf

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et immunosuppression.* Version du 24 septembre 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Institut national de santé publique du Québec (2021, 27 janvier). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (2021, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (2021, 16 mars). *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (2021, 18 mars). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (2020, 15 septembre). *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19>

Lu, J., Peng, J., Xiong, Q., Liu, Z., Lin, H., Tan, X., *et al.* (2020, 17 juin). Clinical, immunological and virological characterization of COVID-19 patients that test re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. *EBioMedicine* 59(septembre 2020). <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102960>

Public Health England (2021, 28 janvier). *COVID-19: management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso (2020, 30 octobre). *Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.1_FR.pdf

Swissnoso (2020, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

van Kampen, J., van de Vijver, D., Fraaij, P., Haagmans, B., Lamers, M., *et al.* (2021, 11 janvier). Duration and Key Determinants of Infectious Virus Shedding in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Nature Communications* 267(2021). <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125310>

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
V 3.1	2021-03-25	Section 1	<ul style="list-style-type: none">▶ Bonification présentation tableaux▶ Révision des mesures pour le TdeS rétabli▶ Révision des définitions d'un TdeS vacciné considéré protégé et d'un TdeS non protégé
V3	2021-02-25		<ul style="list-style-type: none">▶ Ajout des indications pour TdeS vacciné considéré protégé, non protégé▶ Ajout des indications en lien avec les VSSR▶ Remplacement d'un algorithme par des tableaux
V2.5	2021-01-27		<ul style="list-style-type: none">▶ Précision sur le type d'APR
V 2.4	2021-01-14		<ul style="list-style-type: none">▶ Précisions sur le niveau du masque médical

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

COLLABORATRICE

Josée Massicotte, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 2905

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Mise à jour le 15 avril 2021 – Version 3.2 modifications apportées en jaune

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. Toutefois, la faible couverture vaccinale dans la population générale et la présence de variants sous surveillance rehaussée (VSSR) du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec 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 consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains).
- ▶ Le statut vaccinal 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 du programme de surveillance des variants, lequel permet de documenter la progression des cas de VSSR du SRAS-CoV-2 parmi l'ensemble des cas de COVID-19. Advenant des données épidémiologiques démontrant la circulation de VSSR pour lesquels il y a des preuves scientifiques d'échappement immunitaire, les recommandations seront ajustées en conséquence et une mise à jour de ce document sera produite.

Sommaire

Préambule	2
Définitions	5
Section 1 : Tableaux d'évaluation de l'exposition du TdeS	6
Section 2 : Autosurveillance des symptômes	9
Section 3 : Auto-isolement au travail	9
Section 4 : Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes	10
Section 5 : Gestion du TdeS vacciné ou non développant des symptômes reliés à la COVID-19	11
Annexe 1 : Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé	12
Historique des modifications	15

Préambule

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en compte lors d'une exposition à un cas de COVID-19 survenue en milieu de soins, pour la gestion des personnes exposées. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les travailleurs de la santé exposés lors d'une situation précise. Ainsi, il est essentiel de détailler le plus précisément possible les circonstances de l'événement, de même que les mesures de précaution appliquées par les travailleurs, incluant le port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), au moment de l'exposition.

Le but de ce document n'est pas de recommander l'ÉPI qui doit être porté par les TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement ainsi que le statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination) du TdeS.

Les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés à risque élevé, modéré ou faible. Dans certaines circonstances il est possible qu'un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isolément strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des dépistages.

Pour évaluer l'exposition si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, référer à : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.](#)

Pour les indications de retour au travail d'un TdeS qui est en isolement préventif suite à une exposition, tant en milieu de soins qu'en communauté, référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.](#)

Les facteurs suivants ont été considérés pour aider à établir la démarche menant à la prise de décision :

Les modes de transmission du SRAS-CoV-2

- ▶ Le virus SRAS-CoV-2 est excrété par les voies respiratoires et se transmet lors de contacts rapprochés et prolongés.
- ▶ Des gouttes ainsi que des aérosols de toutes tailles contenant du virus SRAS-CoV-2 peuvent contribuer à la transmission à proximité (moins de 2 mètres), soit par contact direct avec les muqueuses (bouche, nez, yeux) ou en pénétrant directement dans les voies respiratoires supérieures ou par contact indirect avec l'environnement contaminé (moindre importance) (référer au document [Transmission du SRAS-CoV-2 : Constats et proposition de terminologie pour plus d'informations](#)). Le port du masque médical, d'une protection oculaire, de la blouse et des gants contribuera à limiter la transmission par ces modes.
- ▶ Considérant la production importante d'aérosols pouvant être générés lors d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA), le port d'un appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou équivalent est recommandé. Toutefois, plusieurs experts considèrent que le masque médical offre une certaine protection de type barrière et doit être pris en compte lors de l'évaluation d'une exposition.

La présence de nouveaux variants du SRAS-CoV-2 en circulation

- ▶ Suite à l'importation au Québec par des cas infectés de certaines souches de variants du SRAS-CoV-2 en provenance d'autres pays, un programme de surveillance des variants a été mis en place en février 2021, en collaboration avec les laboratoires des établissements de soins et le Laboratoire de santé publique du Québec afin de suivre leur progression dans la province.
- ▶ Certains de ces variants sous surveillance rehaussée (VSSR) suscitent de l'intérêt et apparaissent plus préoccupants, puisqu'ils sont associés à la possibilité d'un risque accru de contagiosité, de virulence ou encore d'échappement possible aux vaccins contre la COVID-19. Pour la liste des VSSR, et les données de surveillance des variants au Québec, référer à : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>.
- ▶ Selon les données épidémiologiques du programme de surveillance des variants, la souche de VSSR majoritairement en circulation dans plusieurs régions au Québec est de la lignée B.1.1.7 (émergence du Royaume-Uni).

Le niveau de protection offert par la vaccination

- ▶ Selon les données d'études de phase 3 (documents soumis à la FDA américaine) pour chacun des deux vaccins suivants (Vaccin ARNm-1273 de Moderna et Vaccin ARN BNT 162b de Pfizer-BioNTech), en excluant les cas survenus dans les 14 jours suivants la 1^{re} dose, l'efficacité vaccinale est de 92 % (69-99 %) 14 jours après la 1^{re} dose et 95 % (87-98 %) après la 2^e dose.
- ▶ À la lumière des récentes données de la littérature scientifique qui a regardé l'efficacité clinique des vaccins, on constate que l'immunogénicité induite par les vaccins actuellement administrés au Québec semble suffisante pour les souches de VSSR qui sont en circulation (Lopez-Bernal J *et al.*, 2021, Emary K *et al.*, 2021).

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

- ▶ Pour un cas rétabli, l'immunité développée suite à la première infection est probablement suffisante pour protéger contre une réinfection avec le VSSR de la lignée B.1.1.7 (émergence du Royaume-Uni) (Graham *et al.*, 2021). En ce qui a trait aux autres variants, aucune étude à date ne prouve que l'immunité initiale acquise avec un variant différent ne soit pas suffisante.

Considérant que :

- ▶ Il n'y a pas de démonstration que les modes de transmission des différents VSSR du SRAS-CoV-2 soient différents par rapport aux autres souches (ECDC, 2021);
- ▶ L'immunogénicité induite par une infection antérieure ou par les vaccins actuellement administrés au Québec semble offrir un niveau de protection efficace contre les souches de VSSR qui sont en circulation;

Il n'y a donc pas de distinction dans la prise en charge des travailleurs de la santé exposés à un cas présumé ou confirmé de VSSR de COVID-19 ou un cas de COVID-19 sans VSSR.

Définitions

Travailleur de la santé

- ▶ Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- ▶ Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- ▶ Centres de réadaptation
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Cas de COVID-19

- ▶ Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#).
- ▶ Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- ▶ Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).
- ▶ À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.

Variants sous surveillance rehaussée (VSSR)

- ▶ Les cas de **variants présumptifs** sont ceux identifiés par des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) de criblage (TAAN ciblant des mutations retrouvées chez les variants recherchés) et qui sont acheminés au LSPQ pour confirmation par séquençage.
- ▶ Les **variants confirmés** sont des cas de VSSR après une analyse du génome entier du virus par séquençage au LSPQ **ou par l'identification d'une combinaison de mutations clés avec rapport finalisé sans séquençage (par exemple pour le VSSR de la lignée B.1.1.7).**
- ▶ Dans ce document, les recommandations s'appliquent pour les cas présumptifs ou confirmés de VSSR.

Section 1 : Tableaux d'évaluation de l'exposition du TdeS

1.1 Tableau d'évaluation de l'exposition du TdeS vacciné ET considéré protégé

Aux fins d'application des mesures recommandées ci-après, le TdeS vacciné est considéré protégé (excluant le TdeS immunosupprimé, celui-ci est considéré non protégé, référer à la section 1.3) s'il répond à un des critères suivants :

- ▶ TdeS ayant reçu une 1^{re} dose d'un vaccin contre la COVID-19 depuis \geq 14 jours au moment de l'exposition;
- ▶ TdeS ayant reçu 2 doses de vaccin contre la COVID-19 peu importe le délai après la 2^e dose;
- ▶ TdeS rétabli d'une infection antérieure de COVID-19 (il y a plus de 3 mois) et ayant reçu une 1^{re} dose d'un vaccin contre la COVID-19 depuis \geq 7 jours au moment de l'exposition;

	Type d'exposition au cas de COVID-19	Exposition à un cas suspecté ou confirmé de COVID-19
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical ^A ET protection oculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours et au jour 10 suivant l'exposition^B
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS ET usager ne portaient PAS adéquatement masque médical ^A	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autosurveillance des symptômes (référer section 2) ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail (référer section 3)
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS portait adéquatement APR ou masque médical ^A ET protection oculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS OU usager portait adéquatement masque médical ^A	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autosurveillance des symptômes (référer section 2) ▶ Respect des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, hygiène des mains, distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)).
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (\leq 10 minutes cumulées)	
	Contact non étroit (\geq 2 mètres)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ▶ Respect des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, hygiène des mains, distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)).

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

^B Malgré des données d'efficacité vaccinale supérieure à 90 %, le CINQ recommande de procéder à 2 dépistages afin de découvrir d'éventuels cas qui auraient tout de même acquis l'infection, mais seraient asymptomatiques en raison de la vaccination.

1.2 Tableau d'évaluation de l'exposition du TdeS rétabli avec infection récente

Aux fins d'application des mesures recommandées ci-après, la définition du TdeS rétabli¹ avec infection récente : TdeS ayant eu un test positif COVID-19 ET rétabli depuis ≤ 3 mois, vacciné ou non (excluant le TdeS immunosupprimé, celui-ci est considéré non protégé, référer à la section 1.3).

	Type d'exposition au cas de COVID-19	Exposition à un cas suspecté ou confirmé COVID-19
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical ^A ET protection oculaire	▶ Aucun retrait du travail ▶ Autosurveillance des symptômes (référer section 2) ▶ Respect des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, hygiène des mains, distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)).
	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS ET usager ne portaient PAS adéquatement masque médical ^A	
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS portait adéquatement APR ou masque médical ^A ET protection oculaire	▶ Aucun retrait du travail ▶ Respect des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, hygiène des mains, distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)).
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS OU usager portait adéquatement masque médical ^A	
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)	
	Contact non étroit (≥ 2 mètres)	

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

¹ Pour un cas rétabli, le délai de 3 mois se calcule à partir de la date de début des symptômes (pour l'asymptomatique la date du test positif est utilisée). Référer à : [Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.](#)

1.3 Tableau d'évaluation de l'exposition du TdeS considéré non protégé

La définition du TdeS considéré non protégé s'il répond à un des critères suivants :

- ▶ TdeS n'ayant jamais eu un test positif COVID-19 **et non vacciné**
- ▶ TdeS rétabli **avec infection antérieure de COVID-19** depuis > 3 mois **(sans vaccination ou vacciné < 7 jours)**
- ▶ TdeS ayant reçu une 1^{re} dose de vaccin contre la COVID-19 depuis < 14 jours au moment de l'exposition
- ▶ TdeS immunosupprimé vacciné **ou ayant fait l'infection**. Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : [Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

	Type d'exposition au cas de COVID-19	Exposition à un cas suspecté ou confirmé COVID-19
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes (référer section 4) ▶ Dépistage par TAAN^B entre 3 et 5 jours suivant l'exposition ▶ Répéter le dépistage avant le retour au travail. Pour les indications de retour au travail, référer à : SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ET usager ne portaient PAS adéquatement masque médical^A 	
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS portait adéquatement APR ou masque médical^A ET protection oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ▶ Autosurveillance des symptômes (référer section 2) ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail (référer section 3)
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS OU usager portait adéquatement masque médical^A 	
	Contact étroit (< 2 mètres) non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)	
	Contact non étroit (≥ 2 mètres)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ▶ Respect des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, hygiène des mains, distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)).

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

^B Par prudence il est recommandé de procéder à des dépistages afin d'identifier rapidement les TdeS asymptomatiques qui pourraient avoir acquis l'infection.

Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre personnel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.](#)

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- ▶ Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Pour les indications de test référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aussi à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19.](#) Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison.](#)

Section 3 : Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ.](#)
- ▶ Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres. Pour les recommandations pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ.](#)
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

Section 4 : Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes

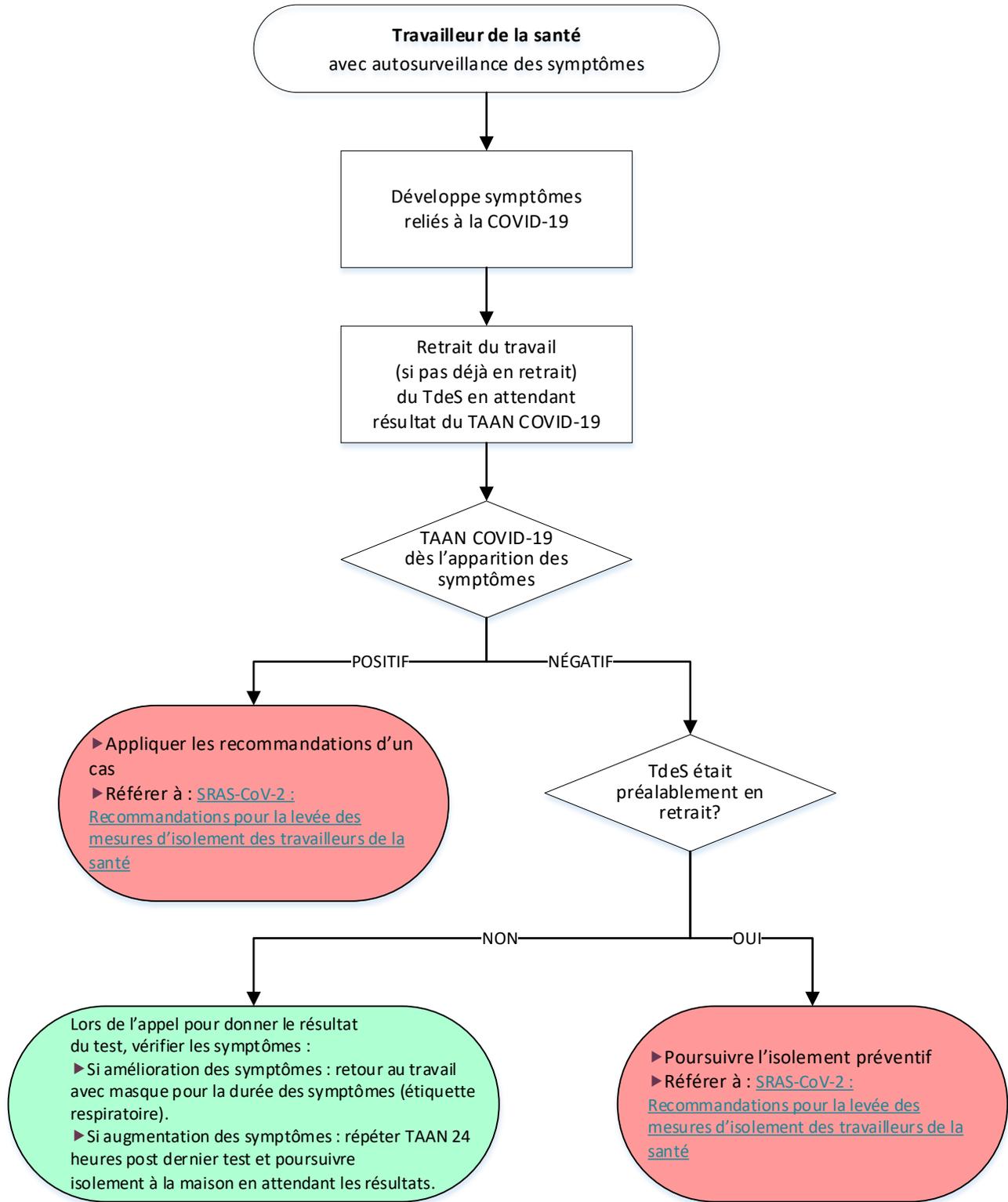
Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé](#).
- ▶ Pour les indications de retour au travail, référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif :

- ▶ **Être en isolement préventif à la maison, référer à** : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1) jusqu'à 14 jours post exposition.
- ▶ Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1) jusqu'à 14 jours post exposition.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Pour les indications de dépistage référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aussi à : [Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19](#). Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison](#).
- ▶ Pour les indications de retour au travail, référer à : [SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé](#).

Section 5 : Gestion du TdeS vacciné ou non développant des symptômes liés à la COVID-19



Annexe 1

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom :

Prénom :

Date dernière exposition :

Date début surveillance :

Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :

Test COVID-19		Date :		Résultat :		Date :		Résultat :									
JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES													
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge	Toux	Nez qui coule ou congestion nasale				
Jour 1		°C	°C														
Jour 2		°C	°C														
Jour 3		°C	°C														
Jour 4		°C	°C														
Jour 5		°C	°C														
Jour 6		°C	°C														
Jour 7		°C	°C														
Jour 8		°C	°C														
Jour 9		°C	°C														
Jour 10		°C	°C														
Jour 11		°C	°C														
Jour 12		°C	°C														
Jour 13		°C	°C														
Jour 14		°C	°C														

Références

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(22), pages 2081-2090. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2008457>

British Columbia Centre for Disease Control (2021, 26 janvier). *Recommendations for Risk Assessment and Management of Health-Care Worker Exposures to COVID-19 Patient: Interim Guidance for the Provincial Workplace Health Call Centre.* <http://www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/covid-19-care/testing-and-case-management-for-healthcare-workers>

Bullard, J., Durst, 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), pages 2663-2666. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>

Centers for disease control and prevention (2021, 11 mars). *Interim US Guidance for Risk Assessment and Work Restrictions for Healthcare Personnel with Potential Exposure to SARS-CoV-2:* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

Centers for disease control and prevention (2021, 13 février). *Interim Guidance on Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19.* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for disease control and prevention (2021, 5 mars). *Interim clinical considerations for use of mRNA COVID-19 vaccines currently authorized in the United States.* <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>

Centers for disease control and prevention (2021, 10 mars). *Updated healthcare infection prevention and control recommendations in response to COVID-19 vaccination.* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

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. *JAMA Intern Med* 180(9), pages 1156-1163. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2020>

Comité sur l'immunisation du Québec (2021, 12 février). *Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaire sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie.* Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3111_vaccination_covid19_2e_dose_contexte_penurie.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (2021, 9 mars). *SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.* Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), (2021, 9 mars). *Variants sous surveillance rehaussée du SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins.* Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3119-variants-sous-surveillance-rehausse-covid19>

Emery, 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)

European Center for disease control and prevention (2020, 18 novembre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union.* <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Graham, M.S., Sudre, C.H., May, A., Antonelli, M., Murray, B. *et al.*, (2021, 21 mars). Changes in symptomatology, re-infection and transmissibility associated with SARS-CoV-2 variant B.1.1.7: an ecological study. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.01.28.21250680>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (2020, 29 avril). *COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_detection_moleculaire_individus_asymptomatiques.pdf

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et immunosuppression* (2020, 24 septembre). https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Institut national de santé publique du Québec (2021, 27 janvier). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (2021, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (2021, 16 mars). *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (2021, 18 mars). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec (2020, 15 septembre). *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19>

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. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>

Lu, J., Peng, J., Xiong, Q., Liu, Z., Lin, H., Tan, X., *et al.* (2020, 17 juin). Clinical, immunological and virological characterization of COVID-19 patients that test re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. *EBioMedicine* 59 (septembre 2020). <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102960>

Public Health England (2021, 28 janvier). *COVID-19: management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso (2020, 30 octobre). *Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.1_FR.pdf

Swissnoso (2020, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

van Kampen, J., van de Vijver, D., Fraaij, P., Haagmans, B., Lamers, M., *et al.* (2021, 11 janvier). Duration and Key Determinants of Infectious Virus Shedding in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Nature Communications* 267(2021). <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125310>

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
V 2.4	2021-01-14		▶ Précisions sur le niveau du masque médical
V 2.5	2021-01-27		▶ Précision sur le type d'APR
V 3	2021-02-25		▶ Ajout des indications pour TdeS vacciné considéré protégé, non protégé ▶ Ajout des indications en lien avec les VSSR ▶ Remplacement d'un algorithme par des tableaux
V 3.1	2021-03-25	Section 1	▶ Bonification présentation tableaux ▶ Révision des mesures pour le TdeS rétabli ▶ Révision des définitions d'un TdeS vacciné considéré protégé et d'un TdeS non protégé
V 3.2	2021-04-15		▶ Bonification préambule ▶ Bonification du contenu sur les variants et vaccination ▶ Révision des recommandations pour les TdeS (retrait du travail et dépistages) ▶ Bonification des définitions d'un TdeS vacciné considéré protégé et d'un TdeS non protégé

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Josée Massicotte, médecin-conseil
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

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 : 2905

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

Le 7 juin 2021 – Version 1.0

Ce document remplace les documents suivants : *SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins* ET *SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé*. Les modifications par rapport aux versions précédentes sont indiquées en jaune.

Sommaire

Préambule	2
Définitions	4
1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins	6
2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	8
3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant un autre type d'exposition ou en déplacement	9
4 Travailleur de la santé symptomatique	10
5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19	11
6 Autosurveillance des symptômes	12
7 Auto-isolement au travail	12
8 Isolement préventif avec retrait du travail	13

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 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 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 certains 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

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un TdeS à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise.

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement ainsi que le statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination) du TdeS.

À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS protégé, partiellement protégé ou non protégé (voir section définitions) et remplace les définitions utilisées dans les documents antérieurs (vacciné et considéré protégé, rétabli avec infection récente et non protégé). **Ces recommandations seront modifiées selon l'évolution des données scientifiques.**

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté. Dans certaines circonstances, il est possible qu'un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage.

La durée de contagiosité d'un cas confirmé de COVID-19

- ▶ 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.
- ▶ Le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) n'est pas un bon indicateur de contagiosité afin de lever les mesures. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 peut demeurer 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 *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020; CDC, 2020b). C'est pourquoi, la durée de l'isolement de 10 jours a été retenue (excluant les cas chez les personnes immunosupprimées).
- ▶ Contrairement aux autres catégories d'usagers, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Ministry of Health, 2021; Aguinaga *et al.*, 2020; Benotmane *et al.*, 2020; DiCiaccio *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2020).

Le niveau de protection offert par la vaccination

- ▶ Une récente étude cas-témoins chez les TdeS américains a démontré une efficacité vaccinale de vaccin ARN messenger contre la COVID-19 symptomatique après une dose à 82 % et après 2 doses à 94 % (Pilishvili *et al.*, 2021). Ces résultats corroborent plusieurs autres études populationnelles réalisées parmi les TdeS en Écosse, au Royaume-Uni et aux États-Unis, ayant démontré une efficacité vaccinale contre les infections asymptomatiques et symptomatiques après 2 doses de vaccin ARN messenger (Moderna ou Pfizer) variant de 90 à 97 % (CDC 2021g, Lumley *et al.*, 2021, Shah *et al.*, 2021).
- ▶ Les résultats d'études de phase 4 (études d'observation) quant à l'efficacité vaccinale du vaccin AZ COVID-19 à vecteur viral (AstraZeneca) démontrent une protection contre l'infection de l'ordre de 71 % 3 semaines après la 1^{re} dose (CIQ 2021a). De plus, l'efficacité potentielle augmente selon l'intervalle entre la 1^{re} et la 2^e dose. Ainsi, cette efficacité a atteint 69 % avec un intervalle de 9 à 12 semaines entre les doses et 82 % avec un intervalle de plus de 12 semaines (CIQ, 2021a; CCNI, 2021; Voysey *et al.*, 2021).
- ▶ Selon les données épidémiologiques du programme de surveillance des variants, la souche majoritairement en circulation dans la plupart des régions au Québec est de la lignée B.1.1.7. À la lumière des récentes données de la littérature scientifique qui a regardé l'efficacité clinique des vaccins, on constate que l'immunogénicité induite par les vaccins actuellement administrés au Québec semble relativement conservée pour les souches de variants préoccupants qui sont en circulation (Lopez-Bernal *et al.*, 2021, Emary *et al.*, 2021).

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

- ▶ La protection relative conférée par une infection antérieure est d'au moins de 81 % jusqu'à 5 à 7 mois post-infection selon de nombreuses études épidémiologiques (Hall *et al.*, 2021; Hansen *et al.*, 2021; Lumley *et al.*, 2020; Sheehan *et al.*, 2021; ECDC, 2021; Santé publique Ontario, 2021; ASPC, 2021). Toutefois, des études récentes ont démontré une mémoire immunitaire (anticorps et cellules mémoires B et T) pouvant aller jusqu'à 12 mois (Petersen *et al.*, 2021; Laing *et al.*, 2021, Yao *et al.*, 2021). En date de ce jour, à des fins d'intervention, nous considérons une durée d'immunité de 6 mois post-infection. Ces données seront appelées à changer selon l'évolution des données scientifiques.
- ▶ La réponse sérologique importante obtenue après l'administration d'une dose de vaccin chez les personnes immunocompétentes ayant fait une infection confirmée tend à montrer la présence d'une mémoire immunitaire (CIQ, 2021c).
- ▶ Pour un cas rétabli, l'immunité développée suite à la première infection est probablement suffisante pour protéger contre une réinfection avec le variant préoccupant de la lignée B.1.1.7 (Graham *et al.*, 2021). En ce qui a trait aux autres variants, aucune étude à date ne prouve que l'immunité initiale acquise avec un variant différent ne soit pas suffisante.

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Le cas de COVID-19 réfère à un usager ou à un TdeS.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Épisode de COVID-19 confirmé : Cas confirmé de COVID-19 par test de laboratoire TAAN. Le délai de l'épisode antérieur de COVID-19 est calculé à partir de la date de début des symptômes (pour le cas asymptomatique, la date de prélèvement du test positif est utilisée). Référer à : [Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2](#).

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux;
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires offrant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF));
- ▶ Centres de réadaptation;
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à : [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à : [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré protégé répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non);
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 6 mois ET suivi par au moins 1 dose de vaccin depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 1 dose de vaccin depuis ≥ 14 jours;
- ▶ A reçu 2 doses de vaccin dont la 2^e dose date de < 7 jours;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 6 mois à ≤ 12 mois ET non vacciné;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 6 mois à ≤ 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.

Travailleur de la santé considéré non protégé répondant à **un** des critères suivants :

- ▶ Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné;
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 ET 1 dose de vaccin < 14 jours;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour);
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé > 12 mois ET vacciné < 7 jours (données insuffisantes à ce jour);
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical ^A ET ne portait PAS adéquatement protection oculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^B, isolement préventif à la maison (avec mesures pour 14 jours), référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes.
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS ne portait PAS adéquatement masque médical ^A	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si devient symptomatique, référer section 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. 	<p>En cas de rupture de service :</p> <p>Pour le TdeS considéré critique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours. Donc, les tests TAAN COVID-19 seront effectués au jour 3 et au jour 5 ou 6 après la dernière exposition. En cas de rupture sévère de service, le TdeS critique asymptomatique pourrait retourner au travail avant en respectant les mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail. En cas de risque imminent de rupture de service, le TdeS critique qui était symptomatique, mais avec symptômes résolus avant la fin de la période d'isolement préventif de 7 jours, pourrait retourner au travail avec le respect des mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif à la maison après le quart de travail pour 14 jours après la dernière exposition.

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

^B Des stratégies alternatives pour réduire la durée d'isolement préventif sont basées sur des modélisations du risque résiduel de transmission post exposition (CDC, 2021d). Ces stratégies incluent : test TAAN 48 heures précédant la levée de l'isolement préventif, surveillance quotidienne des symptômes et application de mesures jusqu'au jour 14 après la dernière exposition.

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins (suite)

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS portait adéquatement APR ou masque médical ^c ET portait adéquatement protection oculaire			
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS portait adéquatement masque médical ^c	▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6 . Si symptomatique, référer section 4 .		▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6 . Si symptomatique, référer section 4 .
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)			

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

2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté

Une exposition peut se produire à domicile ou en communauté. Advenant que cette exposition concerne un TdeS et qu'un isolement préventif à la maison soit requis selon [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#), il est convenu que dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du **travail** considérant :

- ▶ L'ensemble des mesures de mitigation des risques en place dans les milieux de soins (distanciation physique, port de l'ÉPI et hygiène des mains).
- ▶ Le respect de mesures telles que l'auto-isolement strict au travail, l'auto-surveillance des symptômes et les dépistages possibles.

TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. Si le TdeS habite avec le cas, limiter les contacts avec ce cas. Si impossible (p. ex. le cas est un jeune enfant), cette mesure pourrait être modulée selon l'évaluation du risque. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Auto-surveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. Si le TdeS habite avec le cas, limiter les contacts avec ce cas. Si impossible (p. ex. le cas est un jeune enfant), cette mesure pourrait être modulée selon l'évaluation du risque. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. ▶ Auto-surveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif à la maison après le quart de travail pour 14 jours après la dernière exposition. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^D, isolement préventif à la maison (avec mesures pour 14 jours), référer section 8. ▶ Auto-surveillance des symptômes, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes. <p>En cas de rupture de service :</p> <p>Pour le TdeS considéré critique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours. Donc les tests TAAN COVID-19 seront effectués au jour 3 et au jour 5 ou 6 après la dernière exposition. En cas de rupture sévère de service, le TdeS critique asymptomatique pourrait retourner au travail avant en respectant les mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est requis avant le retour au travail.</p> <p>En cas de risque imminent de rupture de service, le TdeS critique qui était symptomatique, mais avec symptômes résolus avant la fin de la période d'isolement préventif de 7 jours, pourrait retourner au travail avec respect des mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif à la maison après le quart de travail pour 14 jours après la dernière exposition.

^D Des stratégies alternatives pour réduire la durée d'isolement préventif sont basées sur des modélisations du risque résiduel de transmission post exposition (CDC, 2021d). Ces stratégies incluent : test TAAN 48 heures précédant la levée de l'isolement préventif, surveillance quotidienne des symptômes et application de mesures jusqu'au jour 14 après la dernière exposition.

3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Contact d'un contact asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail, peu importe le statut immunitaire. ▶ Ces recommandations sont pour le travail en milieu de soins considérant que le TdeS porte un masque médical et que des mesures de PCI sont en place. Toutefois, dans un contexte particulier (ex. voyageur avec souche de variants ou lors de transmission communautaire soutenue), la DSPublique ou le MSSS pourraient recommander l'isolement des contacts d'un cas suspect ou d'une PSI, qui s'applique après le quart de travail. 		
Contact d'un voyageur asymptomatique			
Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) ou d'un cas suspect			
Aucune exposition identifiée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune mesure. Si un test est réalisé (ex. dépistage systématique), aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 		
Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 	<p>A adapter selon le niveau d'exposition du TdeS, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail avec respect strict des mesures. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté. 	
Voyageurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement préventif à la maison jusqu'à 14 jours après le retour de voyage, selon la loi de la quarantaine. 		

4 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)

TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<p>Isolement préventif à la maison.</p> <p>Effectuer TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes. Conduite à tenir selon les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : référer section 5. ▶ Négatif = <ul style="list-style-type: none"> ▶ Était préalablement en isolement préventif : poursuivre l'isolement préventif. Suivre les indications à la section correspondant à l'isolement préventif déjà en place. ▶ N'était pas en isolement préventif : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Amélioration des symptômes : retour au travail avec masque pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires). ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats. 		

5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

TdeS considéré protégé		TdeS considéré partiellement protégé	TdeS considéré non protégé
Épisode de COVID-19 ≤ 6 mois	Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois et vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<p>Asymptomatique</p> <p>N'aurait pas dû être retesté et peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail.</p> <p>Symptomatique</p> <p>Référer à Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.</p>	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement à la maison pour 10 jours^E (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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>Exception pour le TdeS voyageur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement à la maison pour 14 jours après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) selon la loi de la quarantaine. 		

^E 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.

6 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Pour les indications de test référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

7 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

8 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif :

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes ([section 6](#)) **jusqu'à 14 jours** post exposition.
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 14 jours (ex. : TdeS critique), celui-ci doit tout de même poursuivre son isolement préventif à la maison, après son quart de travail, afin de compléter le 14 jours après la dernière exposition.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Pour les indications de dépistage référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

Références

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>

Alberta Health Services. (2020, 13 novembre). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Agence de santé publique du Canada (ASPC). *Emerging Science Group of the Public Health Agency of Canada. COVID Brief: Protective immunity post-COVID-19 infection*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-4-april-2021/ccdrv47i04a10-eng.pdf>

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. <https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 26 janvier). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2021a, 11 mars). *Interim U.S. guidance for risk assessment and work restrictions for healthcare personnel with potential exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021b, 16 mars). *Interim guidance on ending isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 10 mars). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020d, 2 décembre). *Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021e, 27 mai). *Science Brief: COVID-19 Vaccines and vaccination*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/fully-vaccinated-people.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021f, 27 avril). *Updated healthcare infection prevention and control recommendations in response to COVID-19 vaccination*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021g, 27 mai). *Science Brief: COVID-19 Vaccines and Vaccination*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/fully-vaccinated-people.html#print>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 28 mai). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021a, 1^{er} avril). *Avis préliminaire concernant l'utilisation du vaccin à vecteur viral ChAdOx1 nCoV-19 contre la COVID-19*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3114-utilisation-vaccin-chad0x1ncov-19-covid19>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021b, 18 février). *Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaires sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3111-donnees-preliminaires-efficacite-vaccinale-strategie-covid19>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021c, 26 mai). *Avis intérimaire sur l'utilisation des vaccins à ARN messenger contre la COVID-19*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3093-utilisation-des-vaccins-arn-contre-la-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2021, 9 avril). *Variants sous surveillance rehaussée du SRAS-CoV-2 : mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3119-variants-sous-surveillance-rehausse-covid19>

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. <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)

European Center for disease control and prevention. (2020, 18 novembre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021, 21 avril). *Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-guidance-benefits-full-vaccination-against-covid-19-transmission>

Graham, M.S., Sudre, C.H., May, A., Antonelli, M., Murray, B. *et al.* (2021, 21 mars). Changes in symptomatology, re-infection and transmissibility associated with SARS-CoV-2 variant B.1.1.7: an ecological study. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.01.28.21250680>

Hall, V., Foulkes, S., Charlett, A., Atti, A., Monk, E. *et al.* (2021, 15 janvier). Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020. *medRxiv*. <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.01.13.21249642>

Hansen, C.H., Michlmayr, D., Gubbels, S.M., Mølbak K., Ethelberg S. (2021, 17 mars). Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet* 397(10280), 1204-1212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00575-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00575-4)

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 5 mars). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 1^{er} juin). *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 22 avril). *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-retablies-nouveau-test-positif-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021b, 18 mars). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimes-covid19>

Laing, E.D., Epsi, N.J., Richard, S.R., Samuels, E.C., Wang, W. *et al.* (2021, 2 mai). SARS-CoV-2 antibodies remain detectable 12 months after infection and antibody magnitude is associated with age and COVID-19 severity. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.27.21256207>

Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>

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. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>

Lumley, S., Rodger, G., Constantinides, B., Sanderson, N., Chaud K.K., *et al.* (2021, 12 mars). An observational cohort study on the incidence of SARS-CoV-2 infection and B.1.1.7 variant infection in healthcare workers by antibody and vaccination status. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.09.21253218v1.full.pdf+html>

Moderna. (2020, 17 décembre). *FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Ministry of Health Ontario (2021, 21 mai). *COVID-19 Quick reference public health guidance on testing and clearance*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_clearing_cases_guidance.pdf

Peterson, M.S., Hansen, C.B., Kristiansen, M. F., Fjallsbak, J.P., Larsen, S. *et al.* (2021, 23 avril). SARS-CoV-2 natural antibody response persists up to 12 months in a nationwide study for the Faroe Islands. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.21255720v2>

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). *FDA Briefing document Pfizer-BioNtech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Pilishvili, T., Fleming-Dutra, K.E., Farrar, J.L., Gierke, R., Mohr, N.M. (2021, 14 mai). Interim estimates of vaccine effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna COVID-19 vaccines among health care personnel. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 70(20), 753-758. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7020e2.htm>

Public Health England. (2021, 28 janvier). *COVID-19: Management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Santé publique Ontario. (2021, 15 avril). *FOCUS ON public health management of COVID-19 exposure post infection*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/03/focus-on-post-infections-public-health-management.pdf?la=en>

Shah A.S.V., Gribben, C., Bishop, J., Hanlon, P., Caldwell, D., *et al.* (2021, 21 mars). Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253275v1>

Sheehan, M.M., Reddy, A.J., Rothberg, M.B. (2021, 15 mars). Reinfection Rates among Patients who Previously Tested Positive for COVID-19: a Retrospective Cohort Study. *Clinical Infectious Disease*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab234>

Swissnoso. (2020, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021, 20 mai), *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Voysey, M., Costa Clemens, S.A., Madhi, S.A., Weckx, L.Y., Folegatti, P.M., *et al.* (2021, 19 février). Single-dose administration and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a pooled analysis of four randomised trials. *Lancet*, 397(10277), 881-891. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00432-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00432-3)

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. *et al.* (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Josée Massicotte, médecin-conseil
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 3141

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

Mise à jour le **15 juillet 2021** – **Version 1.1** modifications apportées en jaune

Ce document remplace les documents suivants : *SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins* ET *SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé*. Les modifications par rapport aux versions précédentes sont indiquées en jaune.

Sommaire

<u>Préambule</u>	2
<u>Définitions</u>	4
<u>1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins</u>	6
<u>2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté</u>	8
<u>3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant un autre type d'exposition ou en déplacement</u>	9
<u>4 Travailleur de la santé symptomatique</u>	10
<u>5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19</u>	11
<u>6 Autosurveillance des symptômes</u>	12
<u>7 Auto-isolement au travail</u>	12
<u>8 Isolement préventif avec retrait du travail</u>	13

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 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 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 certains 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

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un TdeS à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise.

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement ainsi que le statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination) du TdeS.

À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS protégé, partiellement protégé ou non protégé (voir section définitions) et remplace les définitions utilisées dans les documents antérieurs (vacciné et considéré protégé, rétabli avec infection récente et non protégé). **Ces recommandations seront modifiées selon l'évolution des données scientifiques.**

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté. Dans certaines circonstances, il est possible qu'un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage.

La durée de contagiosité d'un cas confirmé de COVID-19

- ▶ 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.
- ▶ Le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) n'est pas un bon indicateur de contagiosité afin de lever les mesures. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 peut demeurer 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 *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020; CDC, 2020b). C'est pourquoi la durée de l'isolement de 10 jours a été retenue (excluant les cas chez les personnes immunosupprimées).
- ▶ Contrairement aux autres catégories d'usagers, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Ministry of Health, 2021; Aguinaga *et al.*, 2020; Benotmane *et al.*, 2020; DiCiaccio *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2020).

Le niveau de protection offert par la vaccination

- ▶ Une récente étude cas-témoins chez les TdeS américains a démontré une efficacité vaccinale de vaccin ARN messenger contre la COVID-19 symptomatique après une dose à 82 % et après 2 doses à 94 % (Pilishvili *et al.*, 2021). Ces résultats corroborent plusieurs autres études populationnelles réalisées parmi les TdeS en Écosse, au Royaume-Uni et aux États-Unis, ayant démontré une efficacité vaccinale contre les infections asymptomatiques et symptomatiques après 2 doses de vaccin ARN messenger (Moderna ou Pfizer) variant de 90 à 97 % (CDC 2021g, Lumley *et al.*, 2021, Shah *et al.*, 2021).
- ▶ Les résultats d'études de phase 4 (études d'observation) quant à l'efficacité vaccinale du vaccin AZ COVID-19 à vecteur viral (AstraZeneca) démontrent une protection contre l'infection de l'ordre de 71 % 3 semaines après la 1^{re} dose (CIQ 2021a). De plus, l'efficacité potentielle augmente selon l'intervalle entre la 1^{re} et la 2^e dose. Ainsi, cette efficacité a atteint 69 % avec un intervalle de 9 à 12 semaines entre les doses et 82 % avec un intervalle de plus de 12 semaines (CIQ, 2021a; CCNI, 2021; Voysey *et al.*, 2021).
- ▶ Selon les données épidémiologiques du programme de surveillance des variants, la souche majoritairement en circulation dans la plupart des régions au Québec est de la lignée B.1.1.7. À la lumière des récentes données de la littérature scientifique qui a regardé l'efficacité clinique des vaccins, on constate que l'immunogénicité induite par les vaccins actuellement administrés au Québec semble relativement conservée pour les souches de variants préoccupants qui sont en circulation (Lopez-Bernal *et al.*, 2021, Emary *et al.*, 2021).

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

- ▶ La protection relative conférée par une infection antérieure est d'au moins de 81 % jusqu'à 5 à 7 mois post-infection selon de nombreuses études épidémiologiques (Hall *et al.*, 2021; Hansen *et al.*, 2021; Lumley *et al.*, 2020; Sheehan *et al.*, 2021; ECDC, 2021; Santé publique Ontario, 2021; ASPC, 2021). Toutefois, des études récentes ont démontré une mémoire immunitaire (anticorps et cellules mémoires B et T) pouvant aller jusqu'à 12 mois (Petersen *et al.*, 2021; Laing *et al.*, 2021, Yao *et al.*, 2021). En date de ce jour, à des fins d'intervention, nous considérons une durée d'immunité de 6 mois post-infection. Ces données seront appelées à changer selon l'évolution des données scientifiques.
- ▶ La réponse sérologique importante obtenue après l'administration d'une dose de vaccin chez les personnes immunocompétentes ayant fait une infection confirmée tend à montrer la présence d'une mémoire immunitaire (CIQ, 2021c).
- ▶ Pour un cas rétabli, l'immunité développée suite à la première infection est probablement suffisante pour protéger contre une réinfection avec le variant préoccupant de la lignée B.1.1.7 (Graham *et al.*, 2021). En ce qui a trait aux autres variants, aucune étude à date ne prouve que l'immunité initiale acquise avec un variant différent ne soit pas suffisante.

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Le cas de COVID-19 réfère à un usager ou à un TdeS.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Épisode de COVID-19 confirmé : Cas confirmé de COVID-19 par test de laboratoire TAAN. Le délai de l'épisode antérieur de COVID-19 est calculé à partir de la date de début des symptômes (pour le cas asymptomatique, la date de prélèvement du test positif est utilisée). Référer à : [Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2](#).

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux;
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires offrant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF));
- ▶ Centres de réadaptation;
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à : [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à : [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré protégé répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose;
- ▶ A reçu 1 dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours après la dose;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non);
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois ET suivi par au moins 1 dose de vaccin depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 1 dose de vaccin depuis ≥ 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson);
- ▶ A reçu 2 doses de vaccin dont la 2^e dose date de < 7 jours;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET non vacciné;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.

Travailleur de la santé considéré non protégé répondant à **un** des critères suivants :

- ▶ Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné;
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 ET 1 dose de vaccin < 14 jours;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour);
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé > 12 mois ET vacciné < 7 jours (données insuffisantes à ce jour);
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical ^A ET ne portait PAS adéquatement protection oculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^B, isolement préventif à la maison (avec mesures pour 14 jours), référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes.
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS ne portait PAS adéquatement masque médical ^A	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si devient symptomatique, référer section 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	<p>En cas de rupture de service :</p> <p>Pour le TdeS considéré critique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours. Donc, les tests TAAN COVID-19 seront effectués au jour 3 et au jour 5 ou 6 après la dernière exposition. En cas de rupture sévère de service, le TdeS critique asymptomatique pourrait retourner au travail avant en respectant les mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail. En cas de risque imminent de rupture de service, le TdeS critique qui était symptomatique, mais avec symptômes résolus avant la fin de la période d'isolement préventif de 7 jours, pourrait retourner au travail avec le respect des mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 14 jours après la dernière exposition.

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

^B Des stratégies alternatives pour réduire la durée d'isolement préventif sont basées sur des modélisations du risque résiduel de transmission post exposition (CDC, 2021d). Ces stratégies incluent : test TAAN 48 heures précédant la levée de l'isolement préventif, surveillance quotidienne des symptômes et application de mesures jusqu'au jour 14 après la dernière exposition.

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins (suite)

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS portait adéquatement APR ou masque médical ^c ET portait adéquatement protection oculaire			
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS portait adéquatement masque médical ^c	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. 	
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)			

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

2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté

Une exposition peut se produire à domicile ou en communauté. Advenant que cette exposition concerne un TdeS et qu'un isolement préventif à la maison soit requis selon [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#), il est convenu que dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du **travail** considérant :

- ▶ L'ensemble des mesures de mitigation des risques en place dans les milieux de soins (distanciation physique, port de l'ÉPI et hygiène des mains).
- ▶ Le respect de mesures telles que l'auto-isolement strict au travail, l'autosurveillance des symptômes et les dépistages possibles.

TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. Si le TdeS habite avec le cas, limiter les contacts avec ce cas. Si impossible (p. ex. le cas est un jeune enfant), cette mesure pourrait être modulée selon l'évaluation du risque. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. Si le TdeS habite avec le cas, limiter les contacts avec ce cas. Si impossible (p. ex. le cas est un jeune enfant), cette mesure pourrait être modulée selon l'évaluation du risque. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^D, isolement préventif à la maison (avec mesures pour 14 jours), référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes. <p>En cas de rupture de service :</p> <p>Pour le TdeS considéré critique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours. Donc les tests TAAN COVID-19 seront effectués au jour 3 et au jour 5 ou 6 après la dernière exposition. En cas de rupture sévère de service, le TdeS critique asymptomatique pourrait retourner au travail avant en respectant les mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est requis avant le retour au travail.</p> <p>En cas de risque imminent de rupture de service, le TdeS critique qui était symptomatique, mais avec symptômes résolus avant la fin de la période d'isolement préventif de 7 jours, pourrait retourner au travail avec respect des mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 14 jours après la dernière exposition.

^D Des stratégies alternatives pour réduire la durée d'isolement préventif sont basées sur des modélisations du risque résiduel de transmission post exposition (CDC, 2021d). Ces stratégies incluent : test TAAN 48 heures précédant la levée de l'isolement préventif, surveillance quotidienne des symptômes et application de mesures jusqu'au jour 14 après la dernière exposition.

3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Contact d'un contact asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail, peu importe le statut immunitaire. Ces recommandations sont pour le travail en milieu de soins considérant que le TdeS porte un masque médical et que des mesures de PCI sont en place. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 		
Contact d'un voyageur asymptomatique			
Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) ou d'un cas suspect			
Aucune exposition identifiée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune mesure. Si un test est réalisé (ex. dépistage systématique), aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 		
Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 	<p>A adapter selon le niveau d'exposition du TdeS, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail avec respect strict des mesures. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté. 	
Voyageurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 		

4 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)

TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<p>Isolement préventif à la maison.</p> <p>Effectuer TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes. Conduite à tenir selon les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : référer section 5. ▶ Négatif = <ul style="list-style-type: none"> ▶ Était préalablement en isolement préventif : poursuivre l'isolement préventif. Suivre les indications à la section correspondant à l'isolement préventif déjà en place. ▶ N'était pas en isolement préventif : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Amélioration des symptômes : retour au travail avec masque pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires). ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats. 		

5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

TdeS considéré protégé		TdeS considéré partiellement protégé	TdeS considéré non protégé
Épisode de COVID-19 ≤ 6 mois	Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois et vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<p>Asymptomatique</p> <p>N'aurait pas dû être retesté et peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail.</p> <p>Symptomatique</p> <p>Référer à Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.</p>	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement à la maison pour 10 jours^E (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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>Exception pour le TdeS voyageur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 		

^E 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.

6 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Pour les indications de test référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

7 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

8 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS :**

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif :

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes ([section 6](#)) **jusqu'à 14 jours** post exposition.
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 14 jours (ex. : TdeS critique), celui-ci doit tout de même poursuivre son isolement préventif à la maison, après son quart de travail, afin de compléter le 14 jours après la dernière exposition.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Pour les indications de dépistage référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

Références

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>

Alberta Health Services. (2020, 13 novembre). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Agence de santé publique du Canada (ASPC). *Emerging Science Group of the Public Health Agency of Canada. COVID Brief: Protective immunity post-COVID-19 infection*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-4-april-2021/ccdrv47i04a10-eng.pdf>

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. <https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 26 janvier). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2021a, 11 mars). *Interim U.S. guidance for risk assessment and work restrictions for healthcare personnel with potential exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021b, 16 mars). *Interim guidance on ending isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 10 mars). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020d, 2 décembre). *Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021e, 27 mai). *Science Brief: COVID-19 Vaccines and vaccination*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/fully-vaccinated-people.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021f, 27 avril). *Updated healthcare infection prevention and control recommendations in response to COVID-19 vaccination*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021g, 27 mai). *Science Brief: COVID-19 Vaccines and Vaccination*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/fully-vaccinated-people.html#print>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 28 mai). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021a, 1^{er} avril). *Avis préliminaire concernant l'utilisation du vaccin à vecteur viral ChAdOx1 nCoV-19 contre la COVID-19*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3114-utilisation-vaccin-chad0x1ncov-19-covid19>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021b, 18 février). *Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaires sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3111-donnees-preliminaires-efficacite-vaccinale-strategie-covid19>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021c, 26 mai). *Avis intérimaire sur l'utilisation des vaccins à ARN messenger contre la COVID-19*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3093-utilisation-des-vaccins-arn-contre-la-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2021, 9 avril). *Variants sous surveillance rehaussée du SRAS-CoV-2 : mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3119-variants-sous-surveillance-rehausse-covid19>

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. <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)

European Center for disease control and prevention. (2020, 18 novembre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021, 21 avril). *Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-guidance-benefits-full-vaccination-against-covid-19-transmission>

Graham, M.S., Sudre, C.H., May, A., Antonelli, M., Murray, B. *et al.* (2021, 21 mars). Changes in symptomatology, re-infection and transmissibility associated with SARS-CoV-2 variant B.1.1.7: an ecological study. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.01.28.21250680>

Hall, V., Foulkes, S., Charlett, A., Atti, A., Monk, E. *et al.* (2021, 15 janvier). Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020. *medRxiv*. <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.01.13.21249642>

Hansen, C.H., Michlmayr, D., Gubbels, S.M., Mølbak K., Ethelberg S. (2021, 17 mars). Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet* 397(10280), 1204-1212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00575-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00575-4)

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 5 mars). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 1^{er} juin). *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 22 avril). *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-retablies-nouveau-test-positif-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021b, 18 mars). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimes-covid19>

Laing, E.D., Epsi, N.J., Richard, S.R., Samuels, E.C., Wang, W. *et al.* (2021, 2 mai). SARS-CoV-2 antibodies remain detectable 12 months after infection and antibody magnitude is associated with age and COVID-19 severity. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.27.21256207>

Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>

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. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>

Lumley, S., Rodger, G., Constantinides, B., Sanderson, N., Chaud K.K., *et al.* (2021, 12 mars). An observational cohort study on the incidence of SARS-CoV-2 infection and B.1.1.7 variant infection in healthcare workers by antibody and vaccination status. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.09.21253218v1.full.pdf+html>

Moderna. (2020, 17 décembre). *FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Ministry of Health Ontario (2021, 21 mai). *COVID-19 Quick reference public health guidance on testing and clearance*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_clearing_cases_guidance.pdf

Peterson, M.S., Hansen, C.B., Kristiansen, M. F., Fjallsbak, J.P., Larsen, S. *et al.* (2021, 23 avril). SARS-CoV-2 natural antibody response persists up to 12 months in a nationwide study for the Faroe Islands. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.21255720v2>

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). *FDA Briefing document Pfizer-BioNtech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Pilishvili, T., Fleming-Dutra, K.E., Farrar, J.L., Gierke, R., Mohr, N.M. (2021, 14 mai). Interim estimates of vaccine effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna COVID-19 vaccines among health care personnel. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 70(20), 753-758. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7020e2.htm>

Public Health England. (2021, 28 janvier). *COVID-19: Management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Santé publique Ontario. (2021, 15 avril). *FOCUS ON public health management of COVID-19 exposure post infection*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/03/focus-on-post-infections-public-health-management.pdf?la=en>

Shah A.S.V., Gribben, C., Bishop, J., Hanlon, P., Caldwell, D., *et al.* (2021, 21 mars). Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253275v1>

Sheehan, M.M., Reddy, A.J., Rothberg, M.B. (2021, 15 mars). Reinfection Rates among Patients who Previously Tested Positive for COVID-19: a Retrospective Cohort Study. *Clinical Infectious Disease*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab234>

Swissnoso. (2020, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021, 20 mai), *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Voysey, M., Costa Clemens, S.A., Madhi, S.A., Weckx, L.Y., Folegatti, P.M., *et al.* (2021, 19 février). Single-dose administration and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a pooled analysis of four randomised trials. *Lancet*, 397(10277), 881-891. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00432-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00432-3)

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. *et al.* (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
1.1	2021-07-15		<ul style="list-style-type: none">▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé.▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Josée Massicotte, médecin-conseil
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 3141

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

Mise à jour le **30 août 2021** – **Version 1.2** modifications apportées en jaune

Ce document remplace les documents suivants : *SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins* ET *SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé*. Les modifications par rapport aux versions précédentes sont indiquées en jaune.

Sommaire

Préambule	2
Définitions	4
Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins	6
Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	8
Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation	9
Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	10
Travailleur de la santé confirmé COVID-19	11
Autosurveillance des symptômes	12
Auto-isolement au travail	12
Isolement préventif avec retrait du travail	13

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 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 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 certains 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

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un TdeS à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise.

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement ainsi que le statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination) du TdeS.

À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS protégé, partiellement protégé ou non protégé (voir section définitions) et remplace les définitions utilisées dans les documents antérieurs (vacciné et considéré protégé, rétabli avec infection récente et non protégé). **Ces recommandations seront modifiées selon l'évolution des données scientifiques.**

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté. Dans certaines circonstances, il est possible qu'un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage.

La durée de contagiosité d'un cas confirmé de COVID-19

- ▶ 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.
- ▶ Le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) n'est pas un bon indicateur de contagiosité afin de lever les mesures. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 peut demeurer 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 *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020; CDC, 2020b). C'est pourquoi la durée de l'isolement de 10 jours a été retenue (excluant les cas chez les personnes immunosupprimées).
- ▶ Contrairement aux autres catégories d'usagers, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Ministry of Health, 2021; Aguinaga *et al.*, 2020; Benotmane *et al.*, 2020; DiCiaccio *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2020).

Le niveau de protection offert par la vaccination

- ▶ Une récente étude cas-témoins chez les TdeS américains a démontré une efficacité vaccinale de vaccin ARN messenger contre la COVID-19 symptomatique après une dose à 82 % et après 2 doses à 94 % (Pilishvili *et al.*, 2021). Ces résultats corroborent plusieurs autres études populationnelles réalisées parmi les TdeS en Écosse, au Royaume-Uni et aux États-Unis, ayant démontré une efficacité vaccinale contre les infections asymptomatiques et symptomatiques après 2 doses de vaccin ARN messenger (Moderna ou Pfizer) variant de 90 à 97 % (CDC 2021g, Lumley *et al.*, 2021, Shah *et al.*, 2021).
- ▶ Les résultats d'études de phase 4 (études d'observation) quant à l'efficacité vaccinale du vaccin AZ COVID-19 à vecteur viral (AstraZeneca) démontrent une protection contre l'infection de l'ordre de 71 % 3 semaines après la 1^{re} dose (CIQ 2021a). De plus, l'efficacité potentielle augmente selon l'intervalle entre la 1^{re} et la 2^e dose. Ainsi, cette efficacité a atteint 69 % avec un intervalle de 9 à 12 semaines entre les doses et 82 % avec un intervalle de plus de 12 semaines (CIQ, 2021a; CCNI, 2021; Voysey *et al.*, 2021).
- ▶ Selon les données épidémiologiques du programme de surveillance des variants, la souche majoritairement en circulation dans la plupart des régions au Québec est de la lignée B.1.1.7. À la lumière des récentes données de la littérature scientifique qui a regardé l'efficacité clinique des vaccins, on constate que l'immunogénicité induite par les vaccins actuellement administrés au Québec semble relativement conservée pour les souches de variants préoccupants qui sont en circulation (Lopez-Bernal *et al.*, 2021, Emary *et al.*, 2021).

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

- ▶ La protection relative conférée par une infection antérieure est d'au moins de 81 % jusqu'à 5 à 7 mois post-infection selon de nombreuses études épidémiologiques (Hall *et al.*, 2021; Hansen *et al.*, 2021; Lumley *et al.*, 2020; Sheehan *et al.*, 2021; ECDC, 2021; Santé publique Ontario, 2021; ASPC, 2021). Toutefois, des études récentes ont démontré une mémoire immunitaire (anticorps et cellules mémoires B et T) pouvant aller jusqu'à 12 mois (Petersen *et al.*, 2021; Laing *et al.*, 2021, Yao *et al.*, 2021). En date de ce jour, à des fins d'intervention, nous considérons une durée d'immunité de 6 mois post-infection. Ces données seront appelées à changer selon l'évolution des données scientifiques.
- ▶ La réponse sérologique importante obtenue après l'administration d'une dose de vaccin chez les personnes immunocompétentes ayant fait une infection confirmée tend à montrer la présence d'une mémoire immunitaire (CIQ, 2021c).
- ▶ Pour un cas rétabli, l'immunité développée suite à la première infection est probablement suffisante pour protéger contre une réinfection avec le variant préoccupant de la lignée B.1.1.7 (Graham *et al.*, 2021). En ce qui a trait aux autres variants, aucune étude à date ne prouve que l'immunité initiale acquise avec un variant différent ne soit pas suffisante.

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Le cas de COVID-19 réfère à un usager ou à un TdeS.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Épisode de COVID-19 confirmé : Cas confirmé de COVID-19 par test de laboratoire TAAN. Le délai de l'épisode antérieur de COVID-19 est calculé à partir de la date de début des symptômes (pour le cas asymptomatique, la date de prélèvement du test positif est utilisée). Référer à : [Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2](#).

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux;
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires offrant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF));
- ▶ Centres de réadaptation;
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à : [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à : [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré protégé répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose;
- ▶ A reçu 1 dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours après la dose;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non);
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois ET suivi par au moins 1 dose de vaccin depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 1 dose de vaccin depuis ≥ 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson);
- ▶ A reçu 2 doses de vaccin dont la 2^e dose date de < 7 jours;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET non vacciné;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.

Travailleur de la santé considéré non protégé répondant à **un** des critères suivants :

- ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN ET non vacciné
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN ET 1 dose de vaccin < 14 jours;
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour);
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours (données insuffisantes à ce jour);
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

1 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en milieu de soins

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	<p>Contact lors d'une IMGA :</p> <p>TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical^A ET ne portait PAS adéquatement protection oculaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si devient symptomatique, référer section 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 10 jours^B, référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes. <p>En cas de rupture de service :</p> <p>Pour le TdeS considéré critique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours. Donc, les tests TAAN COVID-19 seront effectués au jour 3 et au jour 5 ou 6 après la dernière exposition. En cas de rupture sévère de service, le TdeS critique asymptomatique pourrait retourner au travail avant en respectant les mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail. En cas de risque imminent de rupture de service, le TdeS critique qui était symptomatique, mais avec symptômes résolu avant la fin de la période d'isolement préventif de 7 jours, pourrait retourner au travail avec le respect des mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 10 jours après la dernière exposition. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6
Sans IMGA	<p>Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) :</p> <p>TdeS ne portait PAS adéquatement masque médical^A</p>			

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

^B Des stratégies alternatives pour réduire la durée d'isolement préventif sont basées sur des modélisations du risque résiduel de transmission post exposition (CDC, 2021d). Ces stratégies incluent : test TAAN 48 heures précédant la levée de l'isolement préventif, surveillance quotidienne des symptômes et application de mesures jusqu'au jour 14 après la dernière exposition.

1 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en milieu de soins (suite)

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS portait adéquatement APR ou masque médical ^c ET portait adéquatement protection oculaire	▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6 . Si symptomatique, référer section 4 .	▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6 . Si symptomatique, référer section 4 .	
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS portait adéquatement masque médical ^c			
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)			

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

2 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en communauté

Une exposition peut se produire à domicile ou en communauté. Advenant que cette exposition concerne un TdeS et qu'un isolement préventif à la maison soit requis selon [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#), il est convenu que dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du **travail** considérant :

- ▶ L'ensemble des mesures de mitigation des risques en place dans les milieux de soins (distanciation physique, port de l'ÉPI et hygiène des mains).
- ▶ Le respect de mesures telles que l'auto-isolement strict au travail, l'auto-surveillance des symptômes et les dépistages possibles.

TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. Si le TdeS habite avec le cas, limiter les contacts avec ce cas. Si impossible (p. ex. le cas est un jeune enfant), cette mesure pourrait être modulée selon l'évaluation du risque. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Auto-surveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. Si le TdeS habite avec le cas, limiter les contacts avec ce cas. Si impossible (p. ex. le cas est un jeune enfant), cette mesure pourrait être modulée selon l'évaluation du risque. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. ▶ Auto-surveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 10 jours^B, référer section 8. ▶ Auto-surveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6 ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant l'exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes. <p>En cas de rupture de service</p> <p>Pour le TdeS considéré critique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours. Donc les tests TAAN COVID-19 seront effectués au jour 3 et au jour 5 ou 6 après la dernière exposition. En cas de rupture sévère de service, le TdeS critique asymptomatique pourrait retourner au travail avant en respectant les mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est requis avant le retour au travail.</p> <p>En cas de risque imminent de rupture de service, le TdeS critique qui était symptomatique, mais avec symptômes résolus avant la fin de la période d'isolement préventif de 7 jours, pourrait retourner au travail avec respect des mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 10 jours après la dernière exposition. ▶ Auto-surveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6

^D Des stratégies alternatives pour réduire la durée d'isolement préventif sont basées sur des modélisations du risque résiduel de transmission post exposition (CDC, 2021d). Ces stratégies incluent : test TAAN 48 heures précédant la levée de l'isolement préventif, surveillance quotidienne des symptômes et application de mesures jusqu'au jour 14 après la dernière exposition.

3 Travailleur de la santé **asymptomatique** ayant autre type d'exposition ou autre situation

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Contact d'un contact asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail, peu importe le statut immunitaire. Ces recommandations sont pour le travail en milieu de soins considérant que le TdeS porte un masque médical et que des mesures de PCI sont en place. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 		
Contact d'un voyageur asymptomatique			
Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) ou d'un cas suspect			
Aucune exposition identifiée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune mesure. Si un test est réalisé (ex. dépistage systématique), aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 		
Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 	<p>A adapter selon le niveau d'exposition du TdeS, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail avec respect strict des mesures. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté. 	
Voyageurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 		

4 Travailleur de la santé **symptomatique** (symptômes compatibles avec la COVID-19)

TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses \geq 7 jrs, épisode de COVID-19 \leq 6 mois, épisode de COVID-19 $>$ 6 mois vacciné 1 dose \geq 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose \geq 14 jrs, vacciné 2 ^e dose $<$ 7 jrs, épisode de COVID-19 $>$ 6 mois à \leq 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose $<$ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose $<$ 14 jrs, épisode de COVID-19 $>$ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose $<$ 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<p>Isolement à la maison.</p> <p>Effectuer TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes. Conduite à tenir selon les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : référer section 5. ▶ Négatif = <ul style="list-style-type: none"> ▶ Était préalablement en isolement préventif : poursuivre l'isolement préventif. Suivre les indications à la section correspondant à l'isolement préventif déjà en place. ▶ N'était pas en isolement préventif : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Amélioration des symptômes : retour au travail avec masque pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires). ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats. 		

5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

TdeS considéré protégé		TdeS considéré partiellement protégé	TdeS considéré non protégé
Épisode de COVID-19 ≤ 6 mois	Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois et vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<p>Asymptomatique</p> <p>N'aurait pas dû être retesté et peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail.</p> <p>Symptomatique</p> <p>Référer à Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.</p>	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement à la maison pour 10 jours^E (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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>Exception pour le TdeS voyageur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 		

^E 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.

6 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Pour les indications de test référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

7 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 10 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

8 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif :

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes ([section 6](#)) **jusqu'à 14 jours** post exposition.
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de **10 jours** (ex. : TdeS critique), celui-ci doit tout de même poursuivre son isolement préventif à la maison, après son quart de travail, afin de compléter **le 10 jours** après la dernière exposition.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Pour les indications de dépistage référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

Références

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>

Alberta Health Services. (2020, 13 novembre). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Agence de santé publique du Canada (ASPC). *Emerging Science Group of the Public Health Agency of Canada. COVID Brief: Protective immunity post-COVID-19 infection*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-4-april-2021/ccdrv47i04a10-eng.pdf>

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. <https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 26 janvier). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2021a, 11 mars). *Interim U.S. guidance for risk assessment and work restrictions for healthcare personnel with potential exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021b, 16 mars). *Interim guidance on ending isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 10 mars). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020d, 2 décembre). *Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021e, 27 mai). *Science Brief: COVID-19 Vaccines and vaccination*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/fully-vaccinated-people.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021f, 27 avril). *Updated healthcare infection prevention and control recommendations in response to COVID-19 vaccination*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021g, 13 août). *Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States*. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021g, 27 mai). *Science Brief: COVID-19 Vaccines and Vaccination*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/fully-vaccinated-people.html#print>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 28 mai). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021a, 1^{er} avril). *Avis préliminaire concernant l'utilisation du vaccin à vecteur viral ChAdOx1 nCoV-19 contre la COVID-19*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3114-utilisation-vaccin-chad0x1ncov-19-covid19>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021b, 18 février). *Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaires sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3111-donnees-preliminaires-efficacite-vaccinale-strategie-covid19>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021c, 26 mai). *Avis intérimaire sur l'utilisation des vaccins à ARN messager contre la COVID-19*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3093-utilisation-des-vaccins-arn-contre-la-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2021, 9 avril). *Variants sous surveillance rehaussée du SRAS-CoV-2 : mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3119-variants-sous-surveillance-rehausse-covid19>

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. <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)

European Center for disease control and prevention. (2020, 18 novembre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021, 21 avril). *Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-guidance-benefits-full-vaccination-against-covid-19-transmission>

Graham, M.S., Sudre, C.H., May, A., Antonelli, M., Murray, B. *et al.* (2021, 21 mars). Changes in symptomatology, re-infection and transmissibility associated with SARS-CoV-2 variant B.1.1.7: an ecological study. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.01.28.21250680>

Hall, V., Foulkes, S., Charlett, A., Atti, A., Monk, E. *et al.* (2021, 15 janvier). Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020. *medRxiv*. <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.01.13.21249642>

Hansen, C.H., Michlmayr, D., Gubbels, S.M., Mølbak K., Ethelberg S. (2021, 17 mars). Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet* 397(10280), 1204-1212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00575-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00575-4)

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 5 mars). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 16 août). *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 22 avril). *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-retablies-nouveau-test-positif-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021b, 18 mars). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Laing, E.D., Epsi, N.J., Richard, S.R., Samuels, E.C., Wang, W. *et al.* (2021, 2 mai). SARS-CoV-2 antibodies remain detectable 12 months after infection and antibody magnitude is associated with age and COVID-19 severity. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.27.21256207>

Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>

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. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>

Lumley, S., Rodger, G., Constantinides, B., Sanderson, N., Chaud K.K., *et al.* (2021, 12 mars). An observational cohort study on the incidence of SARS-CoV-2 infection and B.1.1.7 variant infection in healthcare workers by antibody and vaccination status. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.09.21253218v1.full.pdf+html>

Moderna. (2020, 17 décembre). *FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Ministry of Health Ontario (2021, 21 mai). *COVID-19 Quick reference public health guidance on testing and clearance*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_clearing_cases_guidance.pdf

Peterson, M.S., Hansen, C.B., Kristiansen, M. F., Fjallsbak, J.P., Larsen, S. *et al.* (2021, 23 avril). SARS-CoV-2 natural antibody response persists up to 12 months in a nationwide study for the Faroe Islands. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.21255720v2>

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). *FDA Briefing document Pfizer-BioNtech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Pilishvili, T., Fleming-Dutra, K.E., Farrar, J.L., Gierke, R., Mohr, N.M.(2021, 14 mai). Interim estimates of vaccine effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna COVID-19 vaccines among health care personnel. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 70(20), 753-758. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7020e2.htm>

Public Health England. (2021, 28 janvier). *COVID-19: Management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Santé publique Ontario. (2021, 15 avril). *FOCUS ON public health management of COVID-19 exposure post infection*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/03/focus-on-post-infections-public-health-management.pdf?la=en>

Shah A.S.V., Gribben, C., Bishop, J., Hanlon, P., Caldwell, D., *et al.* (2021, 21 mars). Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253275v1>

Sheehan, M.M., Reddy, A.J., Rothberg, M.B. (2021, 15 mars). Reinfection Rates among Patients who Previously Tested Positive for COVID-19: a Retrospective Cohort Study. *Clinical Infectious Disease*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab234>

Swissnoso. (2020, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021, 20 mai), *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Voysey, M., Costa Clemens, S.A., Madhi, S.A., Weckx, L.Y., Folegatti, P.M., *et al.* (2021, 19 février). Single-dose administration and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a pooled analysis of four randomised trials. *Lancet*, 397(10277), 881-891. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00432-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00432-3)

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. *et al.* (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
1.2	2021-08-30		▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15		▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé. ▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Josée Massicotte, médecin-conseil
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 3141

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

Mise à jour le **15 septembre 2021** – **Version 2.0** modifications apportées en jaune.

Sommaire

Préambule	2
Définitions	4
Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins	6
Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	8
Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation	9
Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	10
Travailleur de la santé confirmé COVID-19	11
Autosurveillance des symptômes	12
Auto-isolement au travail	12
Isolement préventif avec retrait du travail	13

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.

- ▶ Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (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 certains variants pour lesquels il y a des preuves scientifiques d'échappement immunitaire significatif, les recommandations seront ajustées.
- ▶ La présence de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec 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 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 dépistages et** de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19.

Préambule

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un TdeS à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise.

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement ainsi que le statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination) du TdeS.

À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS protégé, partiellement protégé ou non protégé (voir section définitions) et remplace les définitions utilisées dans les documents antérieurs (vacciné et considéré protégé, rétabli avec infection récente et non protégé). **Ces recommandations seront modifiées selon l'évolution des données scientifiques.**

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté. Dans certaines circonstances, il est possible qu'un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage.

Le niveau de protection offert par la vaccination

- ▶ Une étude cas-témoins chez les TdeS américains a démontré une efficacité vaccinale de vaccin ARN messenger contre la COVID-19 symptomatique après une dose à 82 % et après 2 doses à 94 % (Pilishvili *et al.*, 2021). Ces résultats corroborent avec plusieurs autres études populationnelles réalisées parmi les TdeS en Écosse, au Royaume-Uni et aux États-Unis, ayant démontré une efficacité vaccinale contre les infections asymptomatiques et symptomatiques après 2 doses de vaccin ARN messenger (Moderna ou Pfizer) variant de 90 à 97 % (CDC 2021d, Lumley *et al.*, 2021, Shah *et al.*, 2021).
- ▶ Les résultats d'études de phase 4 (études d'observation) quant à l'efficacité vaccinale du vaccin AZ COVID-19 à vecteur viral (AstraZeneca) démontrent une protection contre l'infection de l'ordre de 71 % 3 semaines après la 1^{re} dose (CIQ 2021a). De plus, l'efficacité potentielle augmente selon l'intervalle entre la 1^{re} et la 2^e dose. Ainsi, cette efficacité a atteint 69 % avec un intervalle de 9 à 12 semaines entre les doses et 82 % avec un intervalle de plus de 12 semaines (CIQ, 2021a; CCNI, 2021; Voysey *et al.*, 2021).
- ▶ Selon les données épidémiologiques du programme de surveillance des variants, on a observé depuis début juillet à une augmentation rapide de la souche Delta (lignée B.1.617.2) jusqu'à une proportion estimée de plus de 60 % de tous les cas de COVID-19 au Québec à la fin août (INSPQ 2021g), remplaçant ainsi le variant Alpha (lignée B.1.1.7). Le variant Delta est plus transmissible et est associé à un risque plus élevé d'hospitalisation, d'admission aux soins intensifs et de décès chez des individus majoritairement non vaccinés (INSPQ 2021e).

- ▶ À la lumière des données de la littérature scientifique qui a regardé l'efficacité clinique des vaccins, on constate que l'immunogénicité induite par les vaccins actuellement administrés au Québec semble relativement conservée contre le variant Alpha (lignée B.1.1.7) (Lopez-Bernal et al., 2021, Emary et al., 2021).
- ▶ Cependant l'efficacité des vaccins à ARNm (Pfizer-BioNTech et Moderna) et à vecteur viral (AstraZeneca) approuvés au Canada pour prévenir les infections symptomatiques liées au variant Delta demeure élevée, mais semble diminuée par rapport au variant Alpha, et ce particulièrement chez les personnes partiellement vaccinées (1 dose) (INSPQ 2021e, Santé Publique Ontario 2021b).
- ▶ Ceci est corroboré par les données épidémiologiques des nouveaux cas de COVID-19 des 28 derniers jours (période avec prédominance du variant Delta), alors que plus de 69 % des nouvelles infections sont survenues chez des personnes non vaccinées et 12 % chez les personnes ayant reçu une seule dose de vaccin. On constate également le maintien d'une haute efficacité vaccinale à prévenir les hospitalisations puisque 77 % des nouvelles hospitalisations sont des personnes non vaccinées ou pour 5 % des personnes partiellement vaccinées (Gouvernement Québec 2021).
 - ▶ Efficacité vaccinale contre le variant Delta (B.1.617.2) : des données récentes démontrent une efficacité vaccinale du vaccin de Pfizer-BioNTech contre toute infection (symptomatique ou asymptomatique) qui varie selon les études de 30 à 66 % après une dose, et de l'ordre de 79 à 88 % après deux doses (Lopez 2021, Nasreen 2021, Sheikh 2021, Tang 2021). L'efficacité de ce même vaccin à prévenir les formes sévères de la maladie et les hospitalisations suite à l'infection par le variant Delta est de 94 % après une dose (Stowe 2021) et à 96-97 % après deux doses (Stowe 2021, Tang 2021).
 - ▶ Les données d'efficacité vaccinale du vaccin Moderna à prévenir toutes formes d'infection par le variant Delta (B.1.617.2) varient de 72 à 80 % après 1 dose et 76 à 86 % après 2 doses, alors que l'efficacité à prévenir les hospitalisations se situe entre 96 % (1 dose) et 100 % (2 doses) (Nasreen 2021, Tang 2021).
 - ▶ Finalement l'efficacité vaccinale estimée du vaccin Astra Zeneca contre les infections symptomatiques causées par le variant Delta semble comparable à celle observée avec le variant Alpha et celle-ci varie de 60 % à 80 % selon les études et de 92 % à 100 % à prévenir les hospitalisations. (Lopez 2021, Nasreen 2021, Sheikh 2021, Stowe 2021).

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

- ▶ La protection relative conférée par une infection antérieure est d'au moins de 81 % jusqu'à 5 à 7 mois post-infection selon de nombreuses études épidémiologiques (Hall et al., 2021; Hansen et al., 2021; Lumley et al., 2020; Sheehan et al., 2021; ECDC, 2021; Santé publique Ontario, 2021a; ASPC, 2021). Toutefois, des études récentes ont démontré une mémoire immunitaire (anticorps et cellules mémoires B et T) pouvant aller jusqu'à 12 mois (Petersen et al., 2021; Laing et al., 2021, Yao et al., 2021). En date de ce jour, à des fins d'intervention, nous considérons une durée d'immunité de 6 mois post-infection. Ces données seront appelées à changer selon l'évolution des données scientifiques.
- ▶ La réponse sérologique importante obtenue après l'administration d'une dose de vaccin chez les personnes immunocompétentes ayant fait une infection confirmée tend à montrer la présence d'une mémoire immunitaire (CIQ, 2021c).
- ▶ Pour un cas rétabli, l'immunité développée suite à la première infection est probablement suffisante pour protéger contre une réinfection avec le variant Alpha (lignée B.1.1.7) (Graham et al., 2021). Quelques données de surveillance nationale au Royaume-Uni suggèrent une augmentation du risque de réinfection par le variant Delta en comparaison avec le variant Alpha (Public Health England, 2021a, Santé publique Ontario, 2021b). Cependant le risque de réinfection par le variant Delta demeure faible si l'infection primaire date de moins de 180 jours, mais est plus élevé lorsque l'infection précédente date de plus de 6 mois (Public Health England, 2021a).

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Le cas de COVID-19 réfère à un usager ou à un TdeS.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Épisode de COVID-19 confirmé : Cas confirmé de COVID-19 par test de laboratoire TAAN. Le délai de l'épisode antérieur de COVID-19 est calculé à partir de la date de début des symptômes (pour le cas asymptomatique, la date de prélèvement du test positif est utilisée). Référer à : [Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2](#).

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux.
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires offrant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF)).
- ▶ Centres de réadaptation.
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à : [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à : [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré protégé répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose.
- ▶ A reçu 1 dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours après la dose.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non).
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois ET suivi par au moins 1 dose de vaccin depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 1 dose de vaccin depuis ≥ 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson).
- ▶ A reçu 2 doses de vaccin dont la 2^e dose date de < 7 jours.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.

Travailleur de la santé considéré non protégé répondant à **un** des critères suivants :

- ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN ET non vacciné.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN ET 1 dose de vaccin < 14 jours.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour).
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours (données insuffisantes à ce jour).
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

1 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en milieu de soins

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : TdeS ne portait PAS adéquatement APR ou masque médical ^A ET ne portait PAS adéquatement protection oculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Minimalement un dépistage par TAAN entre 3 à 5 jours suivant la première exposition (sauf si COVID-19 ≤ 6 mois) et possibilité d'un 2^e dépistage selon l'évaluation du risque^B. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant la première exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 10 jours^C, référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant la première exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes. <p>En cas de rupture de service : Pour le TdeS considéré critique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours. Donc, les tests TAAN COVID-19 seront effectués au jour 3 et au jour 5 ou 6 après la dernière exposition. En cas de rupture sévère de service, le TdeS critique asymptomatique pourrait retourner au travail avant en respectant les mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail. En cas de risque imminent de rupture de service, le TdeS critique qui était symptomatique, mais avec symptômes résolus avant la fin de la période d'isolement préventif de 7 jours, pourrait retourner au travail avec le respect des mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 10 jours après la dernière exposition. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6.
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS ne portait PAS adéquatement masque médical ^A	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si devient symptomatique, référer section 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 10 jours après la dernière exposition. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6.

1 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en milieu de soins (suite)

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS portait adéquatement APR ou masque médical ^A ET portait adéquatement protection oculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. 		
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS portait adéquatement masque médical ^A			
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)			

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

^B Des stratégies alternatives pour réduire la durée d'isolement préventif sont basées sur des modélisations du risque résiduel de transmission post exposition (CDC, 2021d). Ces stratégies incluent : test TAAN 48 heures précédant la levée de l'isolement préventif, surveillance quotidienne des symptômes et application de mesures jusqu'au jour 14 après la dernière exposition.

^C Dans le contexte de la circulation prédominante du variant Delta pour lequel une légère diminution de l'efficacité vaccinale a été documentée, cette mesure est recommandée afin de protéger la clientèle vulnérable des milieux de soins.

2 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en communauté

Une exposition peut se produire à domicile ou en communauté. Advenant que cette exposition concerne un TdeS et qu'un isolement préventif à la maison soit requis selon [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#), il est convenu que dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du **travail** considérant :

- ▶ L'ensemble des mesures de mitigation des risques en place dans les milieux de soins (distanciation physique, port de l'ÉPI et hygiène des mains).
- ▶ Le respect de mesures telles que l'auto-isolement strict au travail, l'autosurveillance des symptômes et les dépistages possibles.

TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. Si le TdeS habite avec le cas, limiter les contacts avec ce cas. Si impossible (p. ex. le cas est un jeune enfant), cette mesure pourrait être modulée selon l'évaluation du risque. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 à 5 jours suivant la première exposition (sauf si COVID-19 ≤ 6 mois) et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition^A. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. Si le TdeS habite avec le cas, limiter les contacts avec ce cas. Si impossible (p. ex. le cas est un jeune enfant), cette mesure pourrait être modulée selon l'évaluation du risque. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant la première exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = maintien au travail. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 10 jours^B, référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6 ▶ Dépistage par TAAN entre 3 et 5 jours suivant la première exposition et au jour 8 ou 9 après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif = référer section 5. ▶ Négatif = poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes. <p>En cas de rupture de service Pour le TdeS considéré critique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours. Donc les tests TAAN COVID-19 seront effectués au jour 3 et au jour 5 ou 6 après la dernière exposition.</p> <p>En cas de rupture sévère de service, le TdeS critique asymptomatique pourrait retourner au travail avant en respectant les mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est requise avant le retour au travail.</p> <p>En cas de risque imminent de rupture de service, le TdeS critique qui était symptomatique, mais avec symptômes résolus avant la fin de la période d'isolement préventif de 7 jours, pourrait retourner au travail avec respect des mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN COVID-19 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 10 jours après la dernière exposition. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6

^A Dans le contexte de la circulation prédominante du variant Delta pour lequel une légère diminution de l'efficacité vaccinale a été documentée, cette mesure est recommandée afin de protéger la clientèle vulnérable des milieux de soins.

^B Des stratégies alternatives pour réduire la durée d'isolement préventif sont basées sur des modélisations du risque résiduel de transmission post exposition (CDC, 2021d). Ces stratégies incluent : test TAAN 48 heures précédant la levée de l'isolement préventif, surveillance quotidienne des symptômes et application de mesures jusqu'au jour 14 après la dernière exposition.

3 Travailleur de la santé **asymptomatique** ayant autre type d'exposition ou autre situation

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Contact d'un contact asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail, peu importe le statut immunitaire. Ces recommandations sont pour le travail en milieu de soins considérant que le TdeS porte un masque médical et que des mesures de PCI sont en place. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 		
Contact d'un voyageur asymptomatique			
Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) ou d'un cas suspect			
Aucune exposition identifiée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune mesure. Si un test est réalisé (ex. dépistage systématique), aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 		
Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 	<p>A adapter selon le niveau d'exposition du TdeS, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail avec respect strict des mesures. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté. 	
Voyageurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 		

4 Travailleur de la santé **symptomatique** (symptômes compatibles avec la COVID-19)

TdeS considéré protégé Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	TdeS considéré non protégé Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<p>Isolement à la maison.</p> <p>Effectuer TAAN COVID-19 dès l'apparition des symptômes. Conduite à tenir selon les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : référer section 5. ▶ Négatif = <ul style="list-style-type: none"> ▶ Était préalablement en retrait du travail (isolement préventif) : poursuivre l'isolement préventif. Suivre les indications à la section correspondant à l'isolement préventif déjà en place. ▶ N'était pas en retrait du travail (isolement préventif) : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires). ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats. ▶ Si nécessaire, envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic. 		

5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

TdeS considéré protégé		TdeS considéré partiellement protégé	TdeS considéré non protégé
Épisode de COVID-19 ≤ 6 mois	Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois et vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs	Aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<p>Asymptomatique N'aurait pas dû être retesté et peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail.</p> <p>Symptomatique Référer à Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.</p>	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement à la maison pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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'usager 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>Exception pour le TdeS voyageur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 		

^A 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.

6 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Pour les indications de test référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

7 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 10 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

8 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes ([section 6](#)) **jusqu'à 14 jours** post exposition.
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 10 jours (ex. : TdeS critique), celui-ci doit tout de même poursuivre son isolement préventif à la maison, après son quart de travail, afin de compléter le 10 jours après la dernière exposition.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Pour les indications de dépistage référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

Références

Alberta Health Services. (2020, 13 novembre). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*.

<https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Agence de santé publique du Canada (ASPC). *Emerging Science Group of the Public Health Agency of Canada. COVID Brief: Protective immunity post-COVID-19 infection*.

<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-4-april-2021/ccdrv47i04a10-eng.pdf>

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.

<https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 26 janvier). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*.

http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 2 décembre). *Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing*.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021a, 10 mars). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021b, 16 mars). *Interim guidance on ending isolation and precautions for adults with COVID-19*.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 27 avril). *Updated healthcare infection prevention and control recommendations in response to COVID-19 vaccination*.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021d, 26 août). *Delta Variant: What We Know About the Science*.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/delta-variant.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021e, 31 août). *Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States*.

<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021f, 1^{er} septembre). *Interim Public Health Recommendations for Fully Vaccinated People*.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021g, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#>

Centers for Disease Control and Prevention (2021h, 10 septembre). *Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2*.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html#print>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 28 mai). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada.

<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021a, 1^{er} avril). *Avis préliminaire concernant l'utilisation du vaccin à vecteur viral ChAdOx1 nCoV-19 contre la COVID-19*. Institut national de santé publique du Québec.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3114-utilisation-vaccin-chad0x1ncov-19-covid19>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021b, 18 février). *Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaires sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3111-donnees-preliminaires-efficacite-vaccinale-strategie-covid19>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021c, 26 mai). *Avis intérimaire sur l'utilisation des vaccins à ARN messager contre la COVID-19*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3093-utilisation-des-vaccins-arn-contre-la-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2021, 9 avril). *Variants sous surveillance rehaussée du SRAS-CoV-2 : mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3119-variants-sous-surveillance-rehausse-covid19>

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. <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)

European Center for disease control and prevention. (2020, 18 novembre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021, 21 avril). *Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-guidance-benefits-full-vaccination-against-covid-19-transmission>

Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance — Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1167-1169. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm>

Gouvernement du Québec. (2021, 12 septembre). *Tableau de bord de la situation au Québec*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-382W_infographie_sommaire_executif.jpg?1631545316

Graham, M.S., Sudre, C.H., May, A., Antonelli, M., Murray, B. *et al.* (2021, 21 mars). Changes in symptomatology, re-infection and transmissibility associated with SARS-CoV-2 variant B.1.1.7: an ecological study. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.01.28.21250680>

Hall, V., Foulkes, S., Charlett, A., Atti, A., Monk, E. *et al.* (2021, 15 janvier). Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020. *medRxiv*. <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.01.13.21249642>

Hansen, C.H., Michlmayr, D., Gubbels, S.M., Mølbak K., Ethelberg S. (2021, 17 mars). Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet* 397(10280), 1204-1212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00575-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00575-4)

Institut national de santé publique du Québec. (2021a, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021b, 18 mars). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021c, 19 mai). *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-retablies-nouveau-test-positif-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021d, 16 août). *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021e, 13 août). *Revue de la littérature scientifique sur le variant delta : transmission, virulence et efficacité vaccinale Août 2021*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3160-variant-delta-transmission-virulence-efficacite-vaccinale>

Institut national de santé publique du Québec. (2021f, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021g, 13 septembre). *Données sur les variants du SRAS-CoV-2 au Québec* <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>

Institut national de santé publique du Québec. (2021h, 14 septembre). *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>

Laing, E.D., Epsi, N.J., Richard, S.R., Samuels, E.C., Wang, W. *et al.* (2021, 2 mai). SARS-CoV-2 antibodies remain detectable 12 months after infection and antibody magnitude is associated with age and COVID-19 severity. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.27.21256207>

Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>

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. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>

Lumley, S., Rodger, G., Constantinides, B., Sanderson, N., Chaud K.K., *et al.* (2021, 12 mars). An observational cohort study on the incidence of SARS-CoV-2 infection and B.1.1.7 variant infection in healthcare workers by antibody and vaccination status. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.09.21253218v1.full.pdf+html>

Moderna. (2020, 17 décembre). *FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Moline HL, Whitaker M, Deng L, *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing Hospitalization Among Adults Aged ≥65 Years — COVID-NET, 13 States, February–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1088-1093. DOI: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e3.htm>

Ministry of Health Ontario (2021, 21 mai). *COVID-19 Quick reference public health guidance on testing and clearance*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_clearing_cases_guidance.pdf

Peterson, M.S., Hansen, C.B., Kristiansen, M. F., Fjallsbak, J.P., Larsen, S. *et al.* (2021, 23 avril). SARS-CoV-2 natural antibody response persists up to 12 months in a nationwide study for the Faroe Islands. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.21255720v2>

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). *FDA Briefing document Pfizer-BioNtech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Pilishvili, T., Fleming-Dutra, K.E., Farrar, J.L., Gierke, R., Mohr, N.M. (2021, 14 mai). Interim estimates of vaccine effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna COVID-19 vaccines among health care personnel. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 70(20), 753-758. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7020e2.htm>

Public Health England (2021a, 23 juillet). SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England: technical briefing 19. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1005517/Technical_Briefing_19.pdf

Public Health England (2021b, 23 août). COVID-19: management of staff and exposed patients or residents in health and social care settings Updated 23 August 2021 <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Santé publique Ontario. (2021a, 15 avril). FOCUS ON public health management of COVID-19 exposure post infection. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/03/focus-on-post-infections-public-health-management.pdf?la=en>

Santé publique Ontario. (2021b, 23 juillet). COVID-19 Delta Variant: Risk Assessment and Implications for Practice. https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/voc/2021/08/covid-19-delta-variant-risk-assessment-implications.pdf?sc_lang=en

Shah A.S.V., Gribben, C., Bishop, J., Hanlon, P., Caldwell, D., et al. (2021, 21 mars). Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253275v1>

Sheehan, M.M., Reddy, A.J., Rothberg, M.B. (2021, 15 mars). Reinfection Rates among Patients who Previously Tested Positive for COVID-19: a Retrospective Cohort Study. *Clinical Infectious Disease*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab234>

Swissnoso. (2020, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021, 20 mai), *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Voysey, M., Costa Clemens, S.A., Madhi, S.A., Weckx, L.Y., Folegatti, P.M., et al. (2021, 19 février). Single-dose administration and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a pooled analysis of four randomised trials. *Lancet*, 397(10277), 881-891. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00432-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00432-3)

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., et al. (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. et al. (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
2.0	2021-09-14	2-3 6 et 8	<ul style="list-style-type: none">▶ Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale.▶ Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30		<ul style="list-style-type: none">▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15		<ul style="list-style-type: none">▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé.▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers
Josée Massicotte, médecin-conseil
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 3141

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

Mise à jour le **21 décembre 2021** – **version 3.0** modifications apportées en jaune.

Sommaire

Préambule	2
Définitions	5
Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins	7
Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	9
Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation	10
Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	11
Travailleur de la santé confirmé COVID-19	12
Autosurveillance des symptômes	13
Auto-isolement au travail	13
Isolement préventif avec retrait du travail	14

La mise à jour de ce document a été faite dans un contexte rapide et urgent. Les changements apportés sont axés sur les interventions à mettre en place rapidement dans les milieux de soins. Les données probantes ainsi que les références, lorsque disponibles suivront dans une mise à jour ultérieure.

- Le contexte épidémiologique actuel d'une augmentation rapide de la circulation du variant Omicron nous amène à réviser nos définitions d'une personne considérée protégée, partiellement protégée et non protégée.

- Présentement les données disponibles et limitées sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron ne permettent plus de considérer une personne ayant reçue deux doses de vaccin à ARNm comme étant adéquatement protégée contre l'infection par ce variant.
- En ce qui concerne l'efficacité vaccinale d'une dose de rappel contre le variant Omicron, il est encore trop tôt pour se prononcer de manière certaine. Toutefois, les données suggèrent une efficacité vaccinale contre l'hospitalisation (ou la maladie sévère) qui serait maintenue face à ce variant, d'où la forte recommandation de se faire vacciner et de recevoir une dose de rappel.
- Dans le contexte des connaissances actuelles et en se basant sur le principe de prudence, le Cinq recommande actuellement de considérer les personnes ayant reçu deux ou trois doses de vaccins ou ayant déjà fait la maladie comme partiellement protégées face au variant Omicron. Cette position ainsi que les recommandations selon la gestion du risque seront révisées en début d'année 2022 à la lumière des nouvelles données scientifiques et épidémiologiques.
- Le **travailleur de la santé (TdeS) doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)**, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains). **L'utilisateur doit porter le masque médical** lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne même lorsqu'hospitalisé.

Préambule

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise.

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement ainsi que le statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination) du TdeS.

À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par l'immunité lequel est défini comme **TdeS partiellement protégé ou non protégé** (voir section définitions). Il remplace les définitions utilisées dans les documents antérieurs (vacciné et considéré protégé, rétabli avec infection récente et non protégé). **Ces recommandations seront modifiées selon l'évolution des données scientifiques.**

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté. Dans certaines circonstances, il est possible qu'un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage.

Le niveau de protection offert par la vaccination

Attention! Le contenu de cette section n'est plus à jour dans le contexte de la circulation du variant Omicron. Celui-ci sera mis à jour ultérieurement lorsque nous aurons plus de données spécifiques à ce variant.

- ▶ Une étude cas-témoins chez les TdeS américains a démontré une efficacité vaccinale de vaccin ARN messenger contre la COVID-19 symptomatique après une dose à 82 % et après 2 doses à 94 % (Pilishvili *et al.*, 2021). Ces résultats corroborent avec plusieurs autres études populationnelles réalisées parmi les TdeS en Écosse, au Royaume-Uni et aux États-Unis, ayant démontré une efficacité vaccinale contre les infections asymptomatiques et symptomatiques après 2 doses de vaccin ARN messenger (Moderna ou Pfizer) variant de 90 à 97 % (CDC 2021d, Lumley *et al.*, 2021, Shah *et al.*, 2021).
- ▶ Les résultats d'études de phase 4 (études d'observation) quant à l'efficacité vaccinale du vaccin AZ COVID-19 à vecteur viral (AstraZeneca) démontrent une protection contre l'infection de l'ordre de 71 % 3 semaines après la 1^{re} dose (CIQ 2021a). De plus, l'efficacité potentielle augmente selon l'intervalle entre la 1^{re} et la 2^e dose. Ainsi, cette efficacité a atteint 69 % avec un intervalle de 9 à 12 semaines entre les doses et 82 % avec un intervalle de plus de 12 semaines (CIQ, 2021a; CCNI, 2021; Voysey *et al.*, 2021).
- ▶ Selon les données épidémiologiques du programme de surveillance des variants, on a observé depuis début juillet à une augmentation rapide de la souche Delta (lignée B.1.617.2) jusqu'à une proportion estimée de plus de 60 % de tous les cas de COVID-19 au Québec à la fin août (INSPQ 2021g), remplaçant ainsi le variant Alpha (lignée B.1.1.7). Le variant Delta est plus transmissible et est associé à un risque plus élevé d'hospitalisation, d'admission aux soins intensifs et de décès chez des individus majoritairement non vaccinés (INSPQ 2021e).

- ▶ À la lumière des données de la littérature scientifique qui a regardé l'efficacité clinique des vaccins, on constate que l'immunogénicité induite par les vaccins actuellement administrés au Québec semble relativement conservée contre le variant Alpha (lignée B.1.1.7) (Lopez-Bernal et al., 2021, Emary et al., 2021).
- ▶ Cependant l'efficacité des vaccins à ARNm (Pfizer-BioNTech et Moderna) et à vecteur viral (AstraZeneca) approuvés au Canada pour prévenir les infections symptomatiques liées au variant Delta demeure élevée, mais semble diminuée par rapport au variant Alpha, et ce, particulièrement chez les personnes partiellement vaccinées (1 dose) (INSPQ 2021e, Santé Publique Ontario 2021b).
- ▶ Ceci est corroboré par les données épidémiologiques des nouveaux cas de COVID-19 des 28 derniers jours (période avec prédominance du variant Delta), alors que plus de 69 % des nouvelles infections sont survenues chez des personnes non vaccinées et 12 % chez les personnes ayant reçu une seule dose de vaccin. On constate également le maintien d'une haute efficacité vaccinale à prévenir les hospitalisations puisque 77 % des nouvelles hospitalisations sont des personnes non vaccinées ou pour 5 % des personnes partiellement vaccinées (Gouvernement Québec 2021).
 - ▶ Efficacité vaccinale contre le variant Delta (B.1.617.2) : des données récentes démontrent une efficacité vaccinale du vaccin de Pfizer-BioNTech contre toute infection (symptomatique ou asymptomatique) qui varie selon les études de 30 à 66 % après une dose, et de l'ordre de 79 à 88 % après deux doses (Lopez 2021, Nasreen 2021, Sheikh 2021, Tang 2021). L'efficacité de ce même vaccin à prévenir les formes sévères de la maladie et les hospitalisations suite à l'infection par le variant Delta est de 94 % après une dose (Stowe 2021) et à 96-97 % après deux doses (Stowe 2021, Tang 2021).
 - ▶ Les données d'efficacité vaccinale du vaccin Moderna à prévenir toutes formes d'infection par le variant Delta (B.1.617.2) varient de 72 à 80 % après 1 dose et 76 à 86 % après 2 doses, alors que l'efficacité à prévenir les hospitalisations se situe entre 96 % (1 dose) et 100 % (2 doses) (Nasreen 2021, Tang 2021).
 - ▶ Finalement l'efficacité vaccinale estimée du vaccin Astra Zeneca contre les infections symptomatiques causées par le variant Delta semble comparable à celle observée avec le variant Alpha et celle-ci varie de 60 % à 80 % selon les études et de 92 % à 100 % à prévenir les hospitalisations. (Lopez 2021, Nasreen 2021, Sheikh 2021, Stowe 2021).

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

Attention! Le contenu de cette section n'est plus à jour dans le contexte de la circulation du variant Omicron. Celui-ci sera mis à jour ultérieurement lorsque nous aurons plus de données spécifiques à ce variant.

- ▶ La protection relative conférée par une infection antérieure est d'au moins de 81 % jusqu'à 5 à 7 mois post-infection selon de nombreuses études épidémiologiques (Hall *et al.*, 2021; Hansen *et al.*, 2021; Lumley *et al.*, 2020; Sheehan *et al.*, 2021; ECDC, 2021; Santé publique Ontario, 2021a; ASPC, 2021). Toutefois, des études récentes ont démontré une mémoire immunitaire (anticorps et cellules mémoires B et T) pouvant aller jusqu'à 12 mois (Petersen *et al.*, 2021; Laing *et al.*, 2021, Yao *et al.*, 2021). En date de ce jour, à des fins d'intervention, nous considérons une durée d'immunité de 6 mois post-infection. Ces données seront appelées à changer selon l'évolution des données scientifiques.
- ▶ La réponse sérologique importante obtenue après l'administration d'une dose de vaccin chez les personnes immunocompétentes ayant fait une infection confirmée tend à montrer la présence d'une mémoire immunitaire (CIQ, 2021c).
- ▶ Pour un cas rétabli, l'immunité développée suite à la première infection est probablement suffisante pour protéger contre une réinfection avec le variant Alpha (lignée B.1.1.7) (Graham *et al.*, 2021). Quelques données de surveillance nationale au Royaume-Uni suggèrent une augmentation du risque de réinfection par le variant Delta en comparaison avec le variant Alpha (Public Health England, 2021a, Santé publique Ontario, 2021b). Cependant le risque de réinfection par le variant Delta demeure faible si l'infection primaire date de moins de 180 jours, mais est plus élevé lorsque l'infection précédente date de plus de 6 mois (Public Health England, 2021a).

Utilisation de test de dépistage ou diagnostique pour le SRAS-CoV-2

- ▶ Pour les TdeS, l'utilisation du test de dépistage par TAAN effectué en laboratoire (TAAN-labo) est priorisée.
- ▶ En cas de pénurie de TAAN-labo, le TAAN rapide hors laboratoire (ID NOW^{MD}) pourrait être utilisé chez les TdeS symptomatiques. L'utilisation de tout test rapide de détection antigénique ou autotest n'est pas recommandée pour la gestion des TdeS exposés ou symptomatiques.
- ▶ Si un TdeS a obtenu un résultat positif ou négatif d'un test rapide de détection antigénique que ce soit à des fins diagnostiques en présence de symptômes ou comme test de dépistage en post-exposition et asymptomatique, ce TdeS devra faire un nouveau test par TAAN-labo. Cette recommandation ne s'applique pas au TdeS non vacciné qui a des dépistages systématiques mis en place par le MSSS.

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#) réfère à un usager ou à un TdeS.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Épisode de COVID-19 confirmé : Cas confirmé de COVID-19 par test de laboratoire TAAN. Le délai de l'épisode antérieur de COVID-19 est calculé à partir de la date de début des symptômes (pour le cas asymptomatique, la date de prélèvement du test positif est utilisée). Référer à : [Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2](#).

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux.
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires offrant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF)).
- ▶ Centres de réadaptation.
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Tests de dépistage ou diagnostique

- ▶ TAAN laboratoire (TAAN-labo) : test TAAN effectué en laboratoire.
- ▶ TAAN rapide au point de service : test d'amplification des acides nucléiques (p. ex. : ID NOW^{MD}) réalisé hors laboratoire et autorisé par Santé Canada à cette fin.
- ▶ Test de détection antigénique rapide (TDAR) : test rapide réalisé hors laboratoire. (p. ex. : Panbio^{MD}, BD Veritor^{MD}, BTNX^{MD}). Ces tests ont une bonne spécificité, mais une sensibilité moindre, lorsque comparés au TAAN-labo. Certaines de ces épreuves sont autorisées par Santé Canada pour une utilisation comme épreuve de biologie médicale délocalisée au point de service, d'autres sont autorisés en auto-test.

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à : [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à : [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé, c'est-à-dire répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 3 doses de vaccin peu importe le délai après la 3^e dose administrée dans le cadre d'une immunisation primaire (primovaccination) ou d'une dose de rappel.
- ▶ A reçu au moins 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose (primovaccination).
- ▶ A reçu 1 dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours après la dose (primovaccination).
- ▶ A fait un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non).
- ▶ A fait un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois ET vacciné depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).

Travailleur de la santé considéré non protégé, c'est-à-dire répondant à **un** des critères suivants :

- ▶ A reçu 1 dose de vaccin depuis ≥ 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson).
- ▶ A reçu 2 doses de vaccin dont la 2^e dose date de < 7 jours.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo ET non vacciné.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo ET 1 dose de vaccin < 14 jours.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour).
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours (données insuffisantes à ce jour).
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA Contact lors d'une IMGA : TdeS ne portait PAS adéquatement APR de type N-95 ET ne portait PAS adéquatement protection oculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 10 jours, référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN dès l'apparition des symptômes.
Sans IMGA Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS ne portait PAS adéquatement masque médical ^A	(Contenu identique à la section précédente)	<p>En cas de rupture de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pour le TdeS critique asymptomatique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours. ▶ En cas de rupture sévère de service, le TdeS critique asymptomatique pourrait retourner au travail avant en respectant les mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN SRAS-CoV-2 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail. ▶ En cas de risque imminent de rupture de service, le TdeS critique qui était symptomatique, mais avec symptômes résolu avant la fin de la période d'isolement préventif de 7 jours, pourrait retourner au travail avec le respect des mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN SRAS-CoV-2 négatif est fortement recommandée avant le retour au travail. <p>Mesures pour tout TdeS avec retour au travail avant la fin de l'isolement préventif si rupture de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Poursuivre dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 10 jours après la dernière exposition. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6

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

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins (suite)

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours après la dose, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS portait adéquatement APR de type N-95 ET portait adéquatement protection oculaire	▶ Aucun retrait du travail. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Si un TdeS est soumis à des tests de dépistage pour autre raison, poursuivre ces dépistages. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6 . Si symptomatique, référer section 4 .	
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS portait adéquatement masque médical ^A		
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)		

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

2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté

Advenant une exposition en communauté concernant un TdeS et qu'un isolement préventif à la maison soit requis selon [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#), il est convenu que dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du **travail** considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques en place dans les milieux de soins.

<p align="center">TdeS considéré partiellement protégé</p> <p align="center">Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours après la dose, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs</p>	<p align="center">TdeS considéré non protégé</p> <p align="center">Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé</p>
<p>AVEC contact ponctuel avec le cas (sans contact domiciliaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. <p>AVEC contact domiciliaire limité (p. ex. le cas est capable de s'isoler) OU AVEC contact domiciliaire avec exposition en continu avec le cas (p.ex. cas est un très jeune enfant) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 10 jours, référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN-labo dès l'apparition des symptômes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 10 jours, référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN dès l'apparition des symptômes.
<p>En cas de rupture de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pour le TdeS critique asymptomatique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours. ▶ En cas de rupture sévère de service, le TdeS critique asymptomatique pourrait retourner au travail avant en respectant les mesures. Toutefois, l'obtention d'un résultat de TAAN-labo SRAS-CoV-2 négatif est requise avant le retour au travail. <p>Priorisation pour le retour de TdeS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TdeS partiellement protégé avec contact domiciliaire limité 2. TdeS non protégé avec contact ponctuel sans contact domiciliaire 3. TdeS non protégé avec contact domiciliaire limité 4. TdeS partiellement protégé avec contact domiciliaire avec exposition en continu 5. TdeS non protégé avec contact domiciliaire avec exposition en continu n'est pas recommandé <p>Mesures pour tout TdeS avec retour au travail avant la fin de l'isolement préventif si rupture de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition pendant la période de contagiosité du cas. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 10 jours après la dernière exposition. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. ▶ Les mesures peuvent être modulées selon l'évaluation du risque (type d'emploi, secteur de travail, intensité du contact avec le cas, etc.). 	

3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours après la dose, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
Contact d'un contact asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail, peu importe le statut immunitaire. Ces recommandations sont pour le travail en milieu de soins considérant que le TdeS porte un masque médical et que des mesures de PCI sont en place. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	
Contact d'un voyageur asymptomatique		
Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) ou d'un cas suspecté		
Aucune exposition identifiée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune mesure. Si un test est réalisé (ex. dépistage systématique), aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 	
Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 	<p>À adapter selon le niveau d'exposition du TdeS, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail avec respect strict des mesures. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté.
Voyageurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 	

4 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)

TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours après la dose, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2° dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<p>Isolement à la maison.</p> <p>Effectuer TAAN-labo dès l'apparition des symptômes. Conduite à tenir selon les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Positif : référer section 5.▶ Négatif =<ul style="list-style-type: none">▶ Était préalablement en retrait du travail (isolement préventif) : poursuivre l'isolement préventif. Suivre les indications à la section correspondant à l'isolement préventif déjà en place.▶ N'était pas en retrait du travail (isolement préventif) : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes :<ul style="list-style-type: none">▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires).▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats.▶ Si nécessaire, envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic.	

5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

TdeS considéré partiellement protégé		TdeS considéré non protégé		
Épisode de COVID-19 ≤ 3 mois	Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours, épisode de COVID-19 > 3 à 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé		
<p>Référer à Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2</p> <p>ET si maintien au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. 	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement à la maison pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 			
	<p>En cas de rupture de service</p> <p>Pour le TdeS critique asymptomatique, il est possible de diminuer la durée du retrait du travail à 7 jours.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 10 jours après la dernière exposition. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. 	<p>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 du TdeS 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. 		

^A Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement 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.

6 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Pour les indications de test référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

7 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 10 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex. une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

8 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes ([section 6](#)) **jusqu'à 14 jours** post exposition.
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 10 jours (ex. : TdeS critique), celui-ci doit tout de même poursuivre son isolement préventif à la maison, après son quart de travail, afin de compléter le 10 jours après la dernière exposition.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Pour les indications de dépistage référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

Références (section non mise à jour sauf nouveauté surlignée en jaune)

Alberta Health Services. (2021, 7 septembre). COVID-19 Return to work guide for health care workers.

<https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Agence de santé publique du Canada (ASPC). Emerging Science Group of the Public Health Agency of Canada. COVID

Brief: Protective immunity post-COVID-19 infection. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-4-april-2021/ccdrv47i04a10-eng.pdf>

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.

<https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 22 septembre). Interim guidance on return to work for healthcare

workers with confirmed or suspected COVID-19. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 2 décembre). Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021a, 10 mars). Strategies to mitigate healthcare personnel staffing

shortages. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021b, 14 septembre). Interim guidance on ending isolation and precautions

for people with COVID-19. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 27 avril). Updated healthcare infection prevention and control

recommandations in response to COVID-19 vaccination. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021d, 26 août). Delta Variant: What We Know About the Science.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/delta-variant.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021e, 17 décembre). Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19

Vaccines Currently Authorized in the United States. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021f, 19 novembre). Interim Public Health Recommendations for Fully

Vaccinated People. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021g, 10 septembre). Interim Infection Prevention and Control

Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#>

Centers for Disease Control and Prevention (2021h, 10 septembre). Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel

with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html#print>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 22 octobre). Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la

COVID-19. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021a, 1^{er} avril). Avis préliminaire concernant l'utilisation du vaccin à vecteur viral

ChAdOx1 nCoV-19 contre la COVID-19. Institut national de santé publique du Québec.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3114-utilisation-vaccin-chad0x1ncov-19-covid19>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021b, 18 février). *Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaires sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3111-donnees-preliminaires-efficacite-vaccinale-strategie-covid19>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021c, 13 septembre). *Avis intérimaire sur l'utilisation des vaccins à ARN messenger contre la COVID-19*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3093-utilisation-des-vaccins-arn-contre-la-covid19>

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. <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)

European Center for disease control and prevention. (2021, 28 octobre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021, 21 avril). *Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-guidance-benefits-full-vaccination-against-covid-19-transmission>

Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance — Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1167-1169. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm>

Gouvernement du Québec. (2021, 12 septembre). *Tableau de bord de la situation au Québec*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-382W_infographie_sommaire-executif.jpg?1631545316

Graham, M.S., Sudre, C.H., May, A., Antonelli, M., Murray, B. *et al.* (2021, 21 mars). Changes in symptomatology, re-infection and transmissibility associated with SARS-CoV-2 variant B.1.1.7: an ecological study. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.01.28.21250680>

Hall, V., Foulkes, S., Charlett, A., Atti, A., Monk, E. *et al.* (2021, 15 janvier). Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020. *medRxiv*. <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.01.13.21249642>

Hansen, C.H., Michlmayr, D., Gubbels, S.M., Mølbak K., Ethelberg S. (2021, 17 mars). Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet* 397(10280), 1204-1212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00575-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00575-4)

Institut national de santé publique du Québec. (2021a, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021b, 16 décembre). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021c, 16 décembre). COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-retablies-nouveau-test-positif-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021d, 16 août). COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021e, 13 août). Revue de la littérature scientifique sur le variant delta : transmission, virulence et efficacité vaccinale Août 2021. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3160-variant-delta-transmission-virulence-efficacite-vaccinale>

Institut national de santé publique du Québec. (2021f, 31 août). Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021g, 13 septembre). Données sur les variants du SRAS-CoV-2 au Québec <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>

Institut national de santé publique du Québec. (2021h, 20 décembre). SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>

Laing, E.D., Epsi, N.J., Richard, S.R., Samuels, E.C., Wang, W. *et al.* (2021, 2 mai). SARS-CoV-2 antibodies remain detectable 12 months after infection and antibody magnitude is associated with age and COVID-19 severity. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.27.21256207>

Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>

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. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>

Lumley, S., Rodger, G., Constantinides, B., Sanderson, N., Chaud K.K., *et al.* (2021, 12 mars). An observational cohort study on the incidence of SARS-CoV-2 infection and B.1.1.7 variant infection in healthcare workers by antibody and vaccination status. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.09.21253218v1.full.pdf+html>

Moderna. (2020, 17 décembre). FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Moline HL, Whitaker M, Deng L, *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing Hospitalization Among Adults Aged ≥65 Years — COVID-NET, 13 States, February–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1088-1093. DOI: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e3.htm>

Ministry of Health Ontario (2021, 10 novembre). COVID-19 Provincial testing and clearance guidance. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_guidance.pdf

Peterson, M.S., Hansen, C.B., Kristiansen, M. F., Fjallsbak, J.P., Larsen, S. *et al.* (2021, 23 avril). SARS-CoV-2 natural antibody response persists up to 12 months in a nationwide study for the Faroe Islands. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.21255720v2>

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). FDA Briefing document Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048). U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Pilishvili, T., Fleming-Dutra, K.E., Farrar, J.L., Gierke, R., Mohr, N.M. (2021, 14 mai). Interim estimates of vaccine effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna COVID-19 vaccines among health care personnel. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 70(20), 753-758. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7020e2.htm>

Public Health England (2021a, 23 juillet). SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England: technical briefing 19. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1005517/Technical_Briefing_19.pdf

Public Health England (2021b, 15 décembre). COVID-19: management of staff and exposed patients or residents in health and social care settings. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Santé publique Ontario. (2021a, 15 avril). FOCUS ON public health management of COVID-19 exposure post infection. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/03/focus-on-post-infections-public-health-management.pdf?la=en>

Santé publique Ontario. (2021b, 23 juillet). COVID-19 Delta Variant: Risk Assessment and Implications for Practice. https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/voc/2021/08/covid-19-delta-variant-risk-assessment-implications.pdf?sc_lang=en

Shah A.S.V., Gribben, C., Bishop, J., Hanlon, P., Caldwell, D., *et al.* (2021, 21 mars). Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253275v1>

Sheehan, M.M., Reddy, A.J., Rothberg, M.B. (2021, 15 mars). Reinfection Rates among Patients who Previously Tested Positive for COVID-19: a Retrospective Cohort Study. *Clinical Infectious Disease*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab234>

Swissnoso. (2020, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021, 20 mai), *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Voysey, M., Costa Clemens, S.A., Madhi, S.A., Weckx, L.Y., Folegatti, P.M., *et al.* (2021, 19 février). Single-dose administration and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a pooled analysis of four randomised trials. *Lancet*, 397(10277), 881-891. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00432-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00432-3)

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. *et al.* (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

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

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

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec

Charles Frenette
Centre universitaire de santé McGill

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

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

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

Noémie Savard
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

REPRÉSENTANTE DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

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

MEMBRES DE LIAISON

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

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

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

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
3.0	2021-12-20	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajout définitions types de test▶ Révision des catégories de protection▶ Révision des recommandations selon les catégories de protection
2.0	2021-09-14	<ul style="list-style-type: none">▶ Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale.▶ Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15	<ul style="list-style-type: none">▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé.▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers
Josée Massicotte, médecin-conseil
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 3141

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

6 janvier 2022 – version 3.1. Modifications apportées en jaune.

Sommaire

Préambule	2
Définitions	5
Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins	7
Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	9
Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation	10
Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	11
Travailleur de la santé confirmé COVID-19	12
Autosurveillance des symptômes	13
Auto-isolement au travail	13
Isolement préventif avec retrait du travail	14
Rupture de service et retour de travailleurs de la santé	15

La mise à jour de ce document a été faite dans un contexte rapide et urgent. Les changements apportés sont axés sur les interventions à mettre en place rapidement dans les milieux de soins. Les données probantes ainsi que les références, lorsque disponibles suivront dans une mise à jour ultérieure.

- ▶ Le contexte épidémiologique actuel d'une augmentation rapide de la circulation du variant Omicron nous amène à réviser nos définitions d'une personne considérée protégée, partiellement protégée et non protégée.
- ▶ Selon les données du programme de surveillance des variants, provenant des données de criblage du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) en collaboration avec quatre laboratoires sentinelles dans la province, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que la prévalence du variant Omicron (B.1.1.529) en date du 21 décembre, est d'environ 80 % au Québec (INSPQ, 2021g).
- ▶ Présentement les données disponibles et limitées sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron ne permettent plus de considérer une personne ayant reçue deux doses de vaccin à ARNm comme étant adéquatement protégée contre l'infection par ce variant.
- ▶ Dans le contexte des connaissances actuelles et en se basant sur le principe de prudence, le Cinq recommande actuellement de considérer les personnes ayant reçu deux ou trois doses de vaccins ou ayant déjà fait la maladie comme partiellement protégées face au variant Omicron. Cette position ainsi que les recommandations selon la gestion du risque seront révisées en début d'année 2022 à la lumière des nouvelles données scientifiques et épidémiologiques.
- ▶ Le **travailleur de la santé (TdeS) doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)**, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains). **L'usager doit porter le masque médical** lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne même lorsqu'hospitalisé.
- ▶ Une nouvelle section a été ajoutée pour regrouper les indications de retour au travail lors de rupture de service.

Préambule

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) reçoit les recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) pour la gestion des TdeS et en tient compte pour émettre les directives ministérielles. Les directives ministérielles ont préséance sur les recommandations du CINQ. Référez à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003270/>

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise **en fonction du type d'exposition, du port d'ÉPI ainsi que de son statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination)**.

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés.

Lors d'un contact avec un cas unique confirmé de COVID-19 ou lors d'une éclosion de COVID-19 en milieu de soins, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins](#). Ce dernier précise les dépistages requis chez les TdeS dans le but de rechercher la source du cas ou d'une éclosion et de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins. Advenant qu'un TdeS a eu un bris dans le port d'ÉPI, d'autres mesures telles que des dépistages additionnels sont requises et disponibles dans ce document à la [section 1](#) du présent document.

À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS partiellement protégé ou non protégé ([voir section définitions](#)). Il remplace les définitions utilisées dans les documents antérieurs (vacciné et considéré protégé, rétabli avec infection récente et non protégé). **Ces recommandations seront modifiées selon l'évolution des données scientifiques.**

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté. Dans certaines circonstances, il est possible qu'un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage.

Le niveau de protection offert par la vaccination

- ▶ Selon des données d'estimation de l'efficacité vaccinale basées sur l'analyse de 68 489 cas d'infections par le variant Omicron, l'efficacité d'une dose de rappel (Pfizer ou Moderna) à prévenir les infections symptomatiques par le variant Omicron est de l'ordre de 70 à 75 % (Public Health England, 2021a).

ATTENTION! Le contenu de cette section sera bonifié ultérieurement lorsque nous aurons plus de données spécifiques à ce variant.

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

- ▶ Selon les données de surveillance des variants en Angleterre (période de 1^{er} novembre au 18 décembre 2021), parmi les 116 683 cas d'infections par le variant Omicron, 9,5 % avaient déjà fait une infection avec le variant Alpha ou Delta datant de 3 mois et plus (Public Health England, 2021a).

ATTENTION! Le contenu de cette section sera bonifié ultérieurement lorsque nous aurons plus de données spécifiques à ce variant.

Utilisation de test de dépistage ou diagnostique pour le SRAS-CoV-2

- ▶ Pour les TdeS, l'utilisation du test de dépistage par TAAN effectué en laboratoire (TAAN-labo) est priorisée.
- ▶ En cas de pénurie de TAAN-labo, le TAAN rapide hors laboratoire (ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) pourrait être utilisé chez les TdeS symptomatiques. L'utilisation de tout test rapide de détection antigénique ou autotest n'est pas recommandée pour la gestion des TdeS exposés ou symptomatiques.
- ▶ Si un TdeS a obtenu un résultat positif ou négatif d'un test rapide de détection antigénique (TDAR) que ce soit à des fins diagnostiques en présence de symptômes ou comme test de dépistage en post-exposition et asymptomatique, ce TdeS devra faire un nouveau test par TAAN-labo. Cette recommandation ne s'applique pas au TdeS non vacciné qui a des dépistages systématiques mis en place par le MSSS.

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à : [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Pour la gestion des expositions dans ce document, ce cas peut être un cas confirmé par TAAN, cas confirmé par lien épidémiologique ou un cas probable avec TDAR+.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Épisode antérieur de COVID-19 confirmé : Cas confirmé de COVID-19 par test de laboratoire TAAN chez un TdeS. Le délai de l'épisode antérieur de COVID-19 est calculé à partir de la date de début des symptômes (pour le cas asymptomatique, la date de prélèvement du test positif est utilisée). Référer à : [Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2](#).

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux.
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires offrant des soins d'hébergement ou de longue durée (p. ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF)).
- ▶ Centres de réadaptation.
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Tests de dépistage ou diagnostique

- ▶ TAAN laboratoire (TAAN-labo) : test TAAN effectué en laboratoire.
- ▶ TAAN rapide au point de service : test d'amplification des acides nucléiques (p. ex. : ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) réalisé hors laboratoire et autorisé par Santé Canada à cette fin.
- ▶ Test de détection antigénique rapide (TDAR) : test rapide réalisé hors laboratoire. (p. ex. : Panbio^{MD}, BD Veritor^{MD}, BTNX^{MD}). Ces tests ont une bonne spécificité, mais une sensibilité moindre, lorsque comparés au TAAN-labo. Certaines de ces épreuves sont autorisées par Santé Canada pour une utilisation comme épreuve de biologie médicale délocalisée au point de service, d'autres sont autorisés en autotest.

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à : [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à : [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé, c'est-à-dire répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 3 doses de vaccin peu importe le délai après la 3^e dose administrée dans le cadre d'une immunisation primaire (primovaccination) ou d'une dose de rappel.
- ▶ A reçu au moins 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose (primovaccination).
- ▶ A reçu 1 dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours après la dose (primovaccination).
- ▶ A fait un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non).
- ▶ A fait un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois ET vacciné depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).

Travailleur de la santé considéré non protégé, c'est-à-dire répondant à **un** des critères suivants :

- ▶ A reçu 1 dose de vaccin depuis ≥ 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson).
- ▶ A reçu 2 doses de vaccin dont la 2^e dose date de < 7 jours.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo ET non vacciné.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo ET 1 dose de vaccin < 14 jours.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour).
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours (données insuffisantes à ce jour).
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

1 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en milieu de soins

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : TdeS ne portait PAS adéquat ement l'ÉPI recommandé : APR de type N-95 ET protection oculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition (excluant ceux avec épisode de COVID-19 depuis le 20 décembre 2021^B). Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 10 jours, référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN dès l'apparition des symptômes.
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS ne portait PAS adéquat ement masque médical ^A	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	

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

^B Les cas ayant eu un épisode récent de COVID-19 ont une forte probabilité d'avoir été infectés par le variant Omicron et d'avoir ainsi une immunité qui nécessite de moindres mesures lors d'une réexposition à ce variant. Toutefois, l'immunité conférée demeure incertaine et fera l'objet de mise à jour ultérieure. En se basant sur les données recueillies par le LSPQ, la date du 20 décembre 2021 a été retenue.

1 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en milieu de soins (suite)

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours après la dose, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS portait adéquatement APR de type N-95 ET portait adéquatement protection oculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Si un TdeS est soumis à des tests de dépistage pour autre raison, poursuivre ces dépistages. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. 	
	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS portait adéquatement masque médical ^A		
Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)			

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

2 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en communauté

Advenant une exposition en communauté concernant un TdeS et qu'un isolement préventif à la maison soit requis selon [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté](#), il est convenu que dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du **travail** considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques en place dans les milieux de soins.

TdeS considéré partiellement protégé		TdeS considéré non protégé
<p>Épisode antérieur de COVID-19 depuis le 20 décembre 2021^A</p>	<p>Vacciné 3 doses, Vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours après la dose, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs</p>	<p>Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé</p>
<p>▶ Aucun retrait du travail ni dépistage.</p>	<p>AVEC contact ponctuel avec le cas (sans contact domiciliaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. <p>AVEC contact domiciliaire limité (p. ex. : le cas est capable de s'isoler) OU AVEC contact domiciliaire avec exposition en continu avec le cas (p.ex. : cas est un très jeune enfant) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 10 jours, référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. <p>Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN-labo dès l'apparition des symptômes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 10 jours, référer section 8. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Si était asymptomatique et développe des symptômes, effectuer un autre TAAN dès l'apparition des symptômes.

^A Les cas ayant eu un épisode récent de COVID-19 ont une forte probabilité d'avoir été infectés par le variant Omicron et d'avoir ainsi une immunité qui nécessite de moindres mesures lors d'une réexposition à ce variant. Toutefois, l'immunité conférée demeure incertaine et fera l'objet de mise à jour ultérieure. En se basant sur les données recueillies par la LSPQ, la date du 20 décembre 2021 a été retenue.

3 Travailleur de la santé **asymptomatique** ayant autre type d'exposition ou autre situation

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours après la dose, épisode de COVID-19 ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
Contact d'un contact asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail, peu importe le statut immunitaire. Ces recommandations sont pour le travail en milieu de soins considérant que le TdeS porte un masque médical et que des mesures de PCI sont en place. ▶ Pour les indications d'isolement préventif en communauté (après le quart de travail), suivre les recommandations de la DSPublique selon leur évaluation. 	
Contact d'un voyageur asymptomatique		
Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) ou d'un cas suspecté		
Aucune exposition identifiée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune mesure. Si un test est réalisé (p. ex. : dépistage systématique), aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 	
Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 	<p>À adapter selon le niveau d'exposition du TdeS, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail avec respect strict des mesures. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté.
Voyageurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 	

4 Travailleur de la santé **symptomatique** (symptômes compatibles avec la COVID-19)

TdeS considéré partiellement protégé		TdeS considéré non protégé
Épisode de COVID-19 depuis le 20 décembre 2021 ^A	Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours après la dose, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
▶ Aucun retrait du travail ni dépistage.	<p>Isolement à la maison.</p> <p>Effectuer TAAN-labo dès l'apparition des symptômes. Conduite à tenir selon les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : référer section 5. ▶ Négatif = Était préalablement en retrait du travail (isolement préventif) : poursuivre l'isolement préventif. Suivre les indications à la section correspondant à l'isolement préventif déjà en place. <ul style="list-style-type: none"> ▶ N'était pas en retrait du travail (isolement préventif) : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires). ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats. ▶ Si nécessaire, envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic. 	

^A Les cas ayant eu un épisode récent de COVID-19 ont une forte probabilité d'avoir été infectés par le variant Omicron et d'avoir ainsi une immunité qui nécessite de moindres mesures lors d'une réexposition à ce variant. Toutefois, l'immunité conférée demeure incertaine et fera l'objet de mise à jour ultérieure. En se basant sur les données recueillies par le LSPQ, la date du 20 décembre 2021 a été retenue.

5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

TdeS considéré partiellement protégé		TdeS considéré non protégé
Épisode de COVID-19 ≤ 3 mois	Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7 jrs, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours, épisode de COVID-19 > 3 à 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<p>Référer à Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2 ET si maintien au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. 	<p>Travailleur de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement à la maison pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p>	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement à la maison pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p> <p>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (p. ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 (p. 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 du TdeS est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (p. ex. : Décadron et Tocilizumab) est aussi à évaluer par l'équipe traitante.

^A Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement 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.

6 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Pour les indications de test référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

7 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 10 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

8 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer à la [section 4](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes ([section 6](#)) **jusqu'à 14 jours** post exposition.
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 10 jours (p. ex. : TdeS critique), celui-ci doit tout de même poursuivre son isolement préventif à la maison, après son quart de travail, afin de compléter le 10 jours après la dernière exposition.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Pour les indications de dépistage référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

9 Rupture de service et retour de travailleurs de la santé

Le MSSS reçoit les recommandations du CINQ pour la gestion des TdeS et en tient compte pour émettre les directives ministérielles. Les directives ministérielles ont préséance sur les recommandations du CINQ. Référez à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003255/>

Cette section présente des recommandations concernant le retour au travail des TdeS en circonstance d'une rupture de service. Dans le contexte de la circulation du variant Omicron, la littérature scientifique est limitée. Ces recommandations sont appuyées par un avis d'experts et selon la littérature actuellement disponible. La décision d'appliquer ces recommandations par les différentes directions du milieu doit se faire lorsque la situation représente un risque pour la sécurité des usagers selon une gestion de risque pouvant sortir du cadre de la prévention et contrôle des infections.

Les conditions de retour au travail des TdeS qui y sont présentées tiennent compte d'une gradation du risque que représentent différentes situations allant d'un moindre risque jusqu'aux situations dont le risque pour les autres TdeS et usagers semble plus important. Ces recommandations devraient être évitées particulièrement pour les unités de soins ayant des usagers immunosupprimés ou pouvant être plus susceptibles de développer la forme sévère de la COVID-19. En situation où les recommandations suivantes ne peuvent être appliquées, une évaluation diligente par les différentes directions doit être entreprise.

Priorisation pour le retour de TdeS asymptomatique en isolement préventif		Conditions requises pour le retour au travail
Rupture de service	Diminution de la durée du retrait du travail à 7 jours	
	1 ^{er} choix	Exposé en communauté AVEC contact domiciliaire limité : <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS vacciné 3 doses ≥ 7 jours^A PUIS ▶ Autres TdeS partiellement protégé
	2 ^e choix	Exposé en communauté AVEC contact ponctuel (sans contact domiciliaire) : <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS non protégé (excluant TdeS avec immunosuppression)
	3 ^e choix	Exposé en milieu de soins : <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS non protégé (excluant TdeS avec immunosuppression)
	4 ^e choix	Exposé en communauté AVEC contact domiciliaire limité : <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS non protégé (excluant TdeS avec immunosuppression)
	5 ^e choix	Exposé en communauté AVEC contact domiciliaire en continue : <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS vacciné 3 doses ≥ 7 jours^A PUIS ▶ Autres TdeS partiellement protégé
Rupture sévère de service	1 ^e choix	Tous les choix précédemment cités en ordre : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diminution de la durée du retrait du travail à moins de 7 jours
	2 ^e choix	Exposé en communauté AVEC contact domiciliaire en continue : <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS non protégé (excluant TdeS avec immunosuppression) en retrait depuis 7 jours PUIS ▶ TdeS non protégé (excluant TdeS avec immunosuppression) en retrait depuis moins de 7 jours

^A L'administration d'une dose de rappel augmente l'efficacité vaccinale à 75% et ce, dès le jour 7 post administration.

Retour d'un travailleur de la santé confirmé COVID-19 :

Considérant qu'actuellement il n'y a aucune littérature scientifique qui porte sur la durée de contagiosité d'un cas confirmé de COVID-19 avec le variant Omicron, **il n'est pas recommandé de retourner au travail un TdeS avant la période d'isolement de 10 jours.**

Advenant une rupture sévère de service, malgré la priorisation de retour faite selon le tableau ci-haut, il est possible, **selon l'évaluation locale du risque et des bénéfices** (dépassant le cadre unique de la prévention des infections) de retourner au travail un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique.

Avec le **respect strict des mesures d'auto-isolement au travail** ([section 7](#)) ET isolement préventif en communauté (après le quart de travail) pour 10 jours, retourner au travail en diminuant la durée du retrait du travail à 7 jours:

- ▶ TdeS asymptomatique ET TAAN-labo négatif avant le retour (prioriser un prélèvement nasopharyngé).
- ▶ En dernier recours, TdeS asymptomatique avec diminution de la durée du retrait du travail à 7 jours ET sans TAAN-labo négatif avant le retour.

Références (section non mise à jour sauf nouveauté surlignée en jaune)

- Alberta Health Services. (2021, 7 septembre). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>
- 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. <https://doi.org/10.1111/ajt.16251>
- British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 22 septembre). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 2 décembre). *Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021a, 23 décembre). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021b, 28 décembre). *Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance*. (14 septembre). *Interim guidance on ending isolation and precautions for people with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (2021d, 26 août). *Delta Variant: What We Know About the Science*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/delta-variant.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021e, 23 décembre). *Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States*. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (2021f, 19 novembre). *Interim Public Health Recommendations for Fully Vaccinated People*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (2021g, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#>
- Centers for Disease Control and Prevention (2021h, 23 décembre). *Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html#print>
- Centers for Disease Control and Prevention (2021i, 27 décembre). *CDC updates and shortens recommended isolation and quarantine period for general population*. <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s1227-isolation-quarantine-guidance.html>
- Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 22 octobre). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2021, 12 février). *Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaires sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3111-donnees-preliminaires-efficacite-vaccinale-strategie-covid19>

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. <https://doi.org/10.1111/imj.14859>

European Center for disease control and prevention. (2021, 28 octobre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance — Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1167-1169. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm>

Gouvernement du Québec. (2021, 12 septembre). *Tableau de bord de la situation au Québec*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-382W_infographie_sommaire-executif.jpg?1631545316

Institut national de santé publique du Québec. (2021a, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021b, 6 décembre). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021c, 25 novembre). *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-retablies-nouveau-test-positif-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021d, 16 août). *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-gestion-des-cas-contacts-dans-la-communaute>

Institut national de santé publique du Québec. (2021e, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021f, 20 décembre). *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des écloisions en milieux de soins*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-ecloisions-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021g, 21 décembre). *Le variant Omicron est désormais dominant au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/nouvelles/variant-omicron-est-desormais-dominant-quebec>

Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>

Moderna. (2020, 17 décembre). *FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Moline HL, Whitaker M, Deng L, *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing Hospitalization Among Adults Aged ≥65 Years — COVID-NET, 13 States, February–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1088-1093. DOI: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e3.htm>

Ministry of Health Ontario (2021, 10 novembre). *COVID-19 Provincial testing and clearance guidance*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_guidance.pdf

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). *FDA Briefing document Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Public Health England-United Kingdom Health Security Agency. (2021a, 23 décembre). *SARS-CoV-2 variants of concerns and variants under investigation in England – Technical briefing 33*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1043807/technical-briefing-33.pdf

Public Health England (2021b, 23 décembre). *COVID-19: management of staff and exposed patients or residents in health and social care settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Swissnoso. (2020a, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021b, 20 mai), *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Swissnoso. (2021c, 22 décembre). *Prise de position provisoire de Swissnoso sur les mesures préventives supplémentaires dans les hôpitaux de soins aigus concernant le variant Omicron du SRAS-CoV-2*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2112_22_FR_Swissnoso_interim_position_additional_measures_omicron_fin.pdf

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. *et al.* (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

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

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

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

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

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

Noémie Savard
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MEMBRES DE LIAISON

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

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

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

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

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
3.1	2022-01-06	<ul style="list-style-type: none">▶ Mise à jour partielle des données en lien avec Omicron▶ Ajout section Rupture de service et retour de travailleurs de la santé.
3.0	2021-12-21	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajout définitions types de test.▶ Révision des catégories de protection.▶ Révision des recommandations selon les catégories de protection.
2.0	2021-09-14	<ul style="list-style-type: none">▶ Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale.▶ Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15	<ul style="list-style-type: none">▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé.▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers
Josée Massicotte, médecin-conseil
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

Carole Gagné, adjointe de direction
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 3141

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

28 janvier 2022 – version 4.0. Modifications apportées en jaune.

Sommaire

Faits saillants	2
Définitions	5
1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins	8
2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	10
3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation	11
4 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	12
5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19	13
6 Autosurveillance des symptômes	14
7 Auto-isolement au travail	14
8 Isolement préventif avec retrait du travail	15
9 Rupture de service et retour de travailleurs de la santé	16

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

- ▶ Selon les données du programme de surveillance des variants au Québec (basé sur les données de criblage du LSPQ et de laboratoires sentinelles), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que la prévalence du variant Omicron (B.1.1.529) au Québec qui était de plus de 80 % en date du 20 décembre 2021, était de 95 % en date du 8 janvier 2022 (INSPQ, 2022d).
- ▶ Présentement les données disponibles et limitées sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron ne permettent plus de considérer une personne ayant reçue deux doses de vaccin à ARNm comme étant adéquatement protégée contre l'infection par ce variant.
- ▶ Dans le contexte des connaissances actuelles, le CINQ recommande actuellement de considérer les personnes ayant reçu deux ou trois doses de vaccins ou ayant déjà fait la maladie avant le 20 décembre 2021 comme partiellement protégées face au variant Omicron.
- ▶ Le **travailleur de la santé (TdeS) doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)**, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains). L'**usager doit porter le masque médical** lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne même lorsqu'hospitalisé.
- ▶ Une nouvelle section, section 9, a été ajoutée pour résumer la gestion des TdeS avec ou sans rupture de services.

Faits saillants

- ▶ Un TdeS qui a fait un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo à partir du 20 décembre 2021 (vacciné ou non) est considéré protégé et ne sera pas retiré du travail ni dépisté advenant une nouvelle exposition ou l'apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19.
- ▶ Pour les TdeS, l'utilisation du test de dépistage par TAAN effectué en laboratoire (TAAN-labo) est priorisée. L'utilisation de test rapide de détection antigénique (TDAR) n'est pas reconnue pour la gestion des TdeS exposés.
- ▶ Considérant que les taux d'attaque secondaire chez les vaccinés sont moins importants qu'attendu et la durée d'incubation plus courte du variant Omicron selon les données de la littérature scientifique, il y a réduction de la durée du retrait préventif pour les TdeS partiellement protégés qui sont des contacts domiciliaires (mesures sans rupture de service) :
 - ▶ retrait du travail jusqu'au premier test TAAN-labo négatif pour les TdeS ayant eu un contact limité avec le cas de COVID-19;
 - ▶ diminution de la durée de retrait du travail à 7 jours pour les TdeS ayant eu un contact en continu avec le cas de COVID-19;
 - ▶ poursuite des dépistages par TAAN-labo jusqu'à 10 jours post exposition.
- ▶ Lors de rupture de service, pour un retour précoce au travail d'un TdeS en isolement préventif, diminution de la durée de retrait du travail jusqu'au premier test TAAN-labo négatif.

Préambule

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

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise en fonction du type d'exposition, du port d'ÉPI ainsi que de son statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination).

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés.

Lors d'un contact avec un cas unique confirmé de COVID-19 ou lors d'une éclosion de COVID-19 en milieu de soins, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins](#). Ce dernier précise les dépistages requis chez les TdeS dans le but de rechercher la source du cas ou d'une éclosion et de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins. Advenant qu'un TdeS ait eu un bris dans le port d'ÉPI, d'autres mesures telles que des dépistages additionnels sont requises et disponibles à la [section 1](#) du présent document.

À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS **protégé**, partiellement protégé ou non protégé ([voir section définitions](#)). Il remplace les définitions utilisées dans les documents antérieurs (vacciné et considéré protégé, rétabli avec infection récente et non protégé). **Ces recommandations seront modifiées selon l'évolution des données scientifiques.**

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté. Dans certaines circonstances, il est possible qu'un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage.

Incubation et contagiosité du variant Omicron

- ▶ Les données provenant d'études récentes faites auprès de travailleurs de la santé ou de personnes exposées à des cas infectés par le variant Omicron, ont permis de constater que la durée médiane d'incubation est plus courte que celle des autres variants, se situant entre 3 et 4 jours (intervalle 2 à 6 jours et 0 à 8 jours) (Helmsdal *et al.*, 2021; Jansen *et al.*, 2021; Brandal *et al.*, 2021).
- ▶ Quelques études ont tenté d'évaluer la durée d'excrétion du virus chez les personnes infectées par le variant Omicron que ce soit par PCR ou par culture virale. Les conclusions de ces différentes études sont que la quantité d'ARN viral mesurée est à son pic entre 3 et 6 jours après le début des symptômes ou le diagnostic et diminue progressivement par la suite (CINQ, 2022b). L'étude de Hay (Hay *et al.*, 2022) a démontré une durée moyenne d'excrétion de 10 jours ce qui est comparable à la durée d'excrétion observée avec les autres variants.

Le niveau de protection offert par la vaccination

- ▶ Plusieurs études publiées récemment portent sur les données d'estimation de l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron. Voici ce qui ressort de ces études (ASPC, 2022) :
 - ▶ L'efficacité contre une infection symptomatique ou non après une première série vaccinale (2 doses de vaccin ARNm) est faible, de l'ordre d'environ 30 à 40 % selon les études et tend à diminuer dans le temps;
 - ▶ L'efficacité d'une dose de rappel (par un vaccin ARNm) à prévenir les infections par le variant Omicron est de l'ordre de 60 à 75 %.
 - ▶ L'efficacité à prévenir l'hospitalisation après avoir reçu 2 doses de vaccin ARNm, se situe entre 70 et 78 % et tend à s'améliorer après une dose de rappel pour atteindre 83 à 94 %.

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

- ▶ La réponse immunitaire d'un individu lors d'une infection résulte en la production d'anticorps (immunité humorale) et l'activation des lymphocytes (immunité cellulaire) qui seront dirigés contre plusieurs parties du virus. Plusieurs études ont démontré que les personnes ayant été infectées par le SRAS-CoV-2 ont des anticorps neutralisants qui vont persister jusqu'à 12 mois chez la plupart des individus (CIQ, 2022).
- ▶ Seulement deux études ont estimé la protection conférée par une infection causée par les premières lignées du virus contre une réinfection par le variant Omicron. Cette protection contre une réinfection par le variant Omicron était de 53 % (étude écossaise) et de 56 % (étude au Qatar) ce qui est nettement inférieur au niveau de protection de l'ordre de 90 % pour les variants Alpha et Delta et de 85 % pour le variant Beta. (CIQ, 2022).

- ▶ Les personnes ayant eu un épisode récent de COVID-19 ont une forte probabilité d'avoir été infectées par le variant Omicron. En se basant sur les données recueillies par le LSPQ, en date du 20 décembre 2021 la proportion de cas du variant Omicron au Québec était de plus de 80 % (INSPQ, 2021e). Ainsi les personnes ayant acquis l'infection au Québec à partir du 20 décembre 2021 sont présumées avoir été infectées par le variant Omicron.

Efficacité de la vaccination chez les personnes déjà infectées

- ▶ De nombreuses études portant sur la réponse immunitaire après la vaccination chez des personnes ayant déjà fait l'infection au SRAS-CoV-2, ont démontré qu'une dose de vaccin à ARNm fait augmenter la quantité d'anticorps mais aussi l'intensité de la réponse cellulaire. Ainsi les titres d'anticorps observés après une dose de vaccin à ARNm chez ces personnes sont comparables ou même plus élevés que chez des individus ayant reçu 2 doses de vaccin sans avoir fait l'infection. Les titres en anticorps les plus élevés ont été retrouvés chez les personnes préalablement infectées qui ont ensuite reçu 2 doses de vaccin (CIQ, 2022; Perkmann *et al.*, 2021). On ne sait pas si une 3e dose augmentera davantage la réponse immunitaire chez ces individus (CIQ, 2022).
- ▶ Une personne infectée par le variant Omicron, survenant chez une personne déjà immunisée (suite à une infection antérieure ou par la vaccination), va très probablement développer un haut niveau de protection contre une réinfection par le variant Omicron, mais également contre les souches appartenant à des lignées antérieures. Toutefois, la durée de l'immunité conférée demeure incertaine dans l'attente de nouvelles données scientifiques portant sur cet aspect (CIQ, 2022).

Données sur la transmission lors de contact domiciliaire

- ▶ Une étude au Danemark (Lyngse *et al.*, 2021) a comparé le taux d'attaque secondaire parmi les contacts domiciliaires de cas infectés par le variant Delta et ceux infectés par le variant Omicron B.1.1.529). Les résultats sont les suivants :
 - ▶ le taux d'attaque secondaire est plus élevé lorsque le cas primaire était causé par le variant Omicron (31 %) par rapport au variant Delta (21 %);
 - ▶ cette différence dans les taux d'attaque résulte d'une certaine diminution de la protection conférée par la vaccination contre le variant Omicron considérant les taux d'attaques secondaires parmi les contacts vaccinés 2 doses (32 % pour l' Omicron vs 19 % pour le Delta) et les contacts ayant reçu une dose de rappel (25 % pour l' Omicron et de 11 % pour le Delta), alors que la proportion d'infection secondaire chez les individus non vaccinés était comparable (29 % pour le variant Omicron vs 28 % pour le Delta).
- ▶ Résultats d'une étude de cohorte au Québec (Quach *et al.*, 2021), portant sur les infections secondaires parmi 475 TdeS avec contacts domiciliaires de cas de COVID avec variant Omicron (entre 20 décembre 2021 au 17 janvier 2022). Parmi les TdeS exposés qui ont acquis l'infection (n= 238) 82 % de ceux-ci ont été trouvés positifs lors du test initial. Parmi les 279 TdeS contacts domiciliaires maintenus au travail 42 (15 %) sont devenus positifs avec une médiane de 4 jours après le test initial. Aucune transmission nosocomiale n'a été observée parmi la clientèle et les autres TdeS de cet hôpital.

Utilisation de test de dépistage ou diagnostique pour le SRAS-CoV-2

- ▶ Pour les TdeS, l'utilisation du test de dépistage par TAAN effectué en laboratoire (TAAN-labo) est priorisée.
- ▶ En cas de pénurie de TAAN-labo, le TAAN rapide hors laboratoire (ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) pourrait être utilisé chez les TdeS symptomatiques. L'utilisation de tout test rapide de détection antigénique ou autotest n'est pas recommandée pour la gestion des TdeS exposés ou symptomatiques.
- ▶ Si un TdeS a obtenu un résultat positif ou négatif d'un test rapide de détection antigénique (TDAR) que ce soit à des fins diagnostiques en présence de symptômes ou comme test de dépistage en post-exposition et asymptomatique, ce TdeS devra faire un nouveau test par TAAN-labo. Cette recommandation ne s'applique pas au TdeS non vacciné qui a des dépistages systématiques mis en place par le MSSS.

Définitions

Cas de COVID-19 : Référez à [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Pour la gestion des expositions dans ce document, ce cas peut être un cas confirmé par TAAN, cas confirmé par lien épidémiologique ou un cas probable avec TDAR+.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Épisode antérieur de COVID-19 confirmé : Cas confirmé de COVID-19 par test de laboratoire TAAN chez un TdeS. Le délai de l'épisode antérieur de COVID-19 est calculé à partir de la date de début des symptômes (pour le cas asymptomatique, la date de prélèvement du test positif est utilisée). Référez à : [Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2](#).

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux.
- ▶ CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires offrant des soins d'hébergement ou de longue durée (p. ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF)).
- ▶ Centres de réadaptation.
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Tests de dépistage ou diagnostique

- ▶ TAAN laboratoire (TAAN-labo) : test TAAN effectué en laboratoire.
- ▶ TAAN rapide au point de service : test d'amplification des acides nucléiques (p. ex. : ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) réalisé hors laboratoire et autorisé par Santé Canada à cette fin.
- ▶ Test de détection antigénique rapide (TDAR) : test rapide réalisé hors laboratoire. (p. ex. : Panbio^{MD}, BD Veritor^{MD}, BTNX^{MD}). Ces tests ont une bonne spécificité, mais une sensibilité moindre, lorsque comparés au TAAN-labo. Certaines de ces épreuves sont autorisées par Santé Canada pour une utilisation comme épreuve de biologie médicale délocalisée au point de service, d'autres sont autorisés en autotest.

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré protégé (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A fait un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) à partir du 20 décembre 2021 (vacciné ou non).

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé, c'est-à-dire répondant à **un** des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A reçu 3 doses de vaccin, peu importe le délai après la 3^e dose administrée dans le cadre d'une immunisation primaire (primovaccination) ou d'une dose de rappel.
- ▶ A reçu au moins 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose (primovaccination).
- ▶ A reçu 1 dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours après la dose (primovaccination).
- ▶ A fait un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) **avant le 20 décembre 2021 et** depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non).
- ▶ A fait un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois ET vacciné depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).

Travailleur de la santé considéré non protégé, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants :

- ▶ A reçu 1 dose de vaccin depuis ≥ 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson).
- ▶ A reçu 2 doses de vaccin dont la 2^e dose date de < 7 jours.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo ET non vacciné.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo ET 1 dose de vaccin < 14 jours.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour).
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours (données insuffisantes à ce jour).
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2° dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA Contact lors d'une IMGA : TdeS ne portait PAS adéquatement l'ÉPI recommandé : APR de type N-95 ET protection oculaire	Aucun retrait du travail ni dépistage.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5 ; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5 ; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Respect des mesures en communauté.
Sans IMGA Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS ne portait PAS adéquatement masque médical ^A			

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

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins (suite)

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS portait adéquatement APR de type N-95 ET portait adéquatement protection oculaire	▶ Aucun retrait du travail ni dépistage.		
	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS portait adéquatement masque médical ^A			
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)			<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Si un TdeS est soumis à des tests de dépistage pour autre raison, poursuivre ces dépistages. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4.

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

2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté

Advenant une exposition en communauté concernant un TdeS et qu'un isolement préventif à la maison soit requis selon la [directive ministérielle](#), il est convenu que dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du **travail** considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques en place dans les milieux de soins.

<p>TdeS considéré protégé</p> <p>Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021</p>	<p>TdeS considéré partiellement protégé</p> <p>Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs</p>	<p>TdeS considéré non protégé</p> <p>Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé</p>
<p>Aucun retrait du travail ni dépistage</p>	<p>AVEC contact ponctuel avec le cas (sans contact domiciliaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. <p>AVEC contact domiciliaire limité (le cas est capable de s'isoler)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail jusqu'au premier test TAAN-labo négatif fait le plus tôt possible ▶ Poursuivre dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. <p>AVEC contact domiciliaire avec exposition en continu avec le cas (le cas n'est pas capable de s'isoler)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 7 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer à section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Respect des mesures en communauté.

3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
Contact d'un contact asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail, peu importe le statut immunitaire. Ces recommandations sont pour le travail en milieu de soins considérant que le TdeS porte un masque médical et que des mesures de PCI sont en place. ▶ Respect des mesures en communauté. 		
Contact d'un voyageur asymptomatique			
Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) ou d'un cas suspecté			
Aucune exposition identifiée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune mesure. Si un test est réalisé (p. ex. : dépistage systématique), aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 		
Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 	<p>À adapter selon le niveau d'exposition du TdeS, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail avec respect strict des mesures. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté. 	
Voyageurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 		

4 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)

TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs	TdeS considéré non protégé Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2 ^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ni dépistage en lien avec le SRAS-CoV-2. ▶ Envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic. 	<p>Isolement à la maison.</p> <p>Effectuer TAAN-labo dès l'apparition des symptômes. Conduite à tenir selon les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : référer à section 5. ▶ Négatif = Était préalablement en retrait du travail (isolement préventif) : poursuivre l'isolement préventif. Suivre les indications à la section correspondant à l'isolement préventif déjà en place. <ul style="list-style-type: none"> ▶ N'était pas en retrait du travail (isolement préventif) : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires). ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats. ▶ Si nécessaire, envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic. 	

5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

<p>TdeS considéré protégé</p> <p>Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021</p>	<p>TdeS considéré partiellement protégé</p> <p>Vacciné 3 doses, vacciné 2 doses ≥ 7, vacciné 1 dose de Johnson & Johnson ≥ 14 jours, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois vacciné 1 dose ≥ 7 jrs</p>	<p>TdeS considéré non protégé</p> <p>Vacciné 1 dose ≥ 14 jrs, vacciné 2^e dose < 7 jrs, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, aucun épisode de COVID-19 et vacciné 1 dose < 14 jrs, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou vacciné 1 dose < 7 jrs, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé</p>
<p>Ayant un nouveau test positif depuis son épisode de COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintien au travail ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. 	<p>Travailleur de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p>	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p> <p>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (p. ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 (p. 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 du TdeS est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (p. ex. : Décadron et Tocilizumab) est aussi à évaluer par l'équipe traitante.

^A Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement 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.

6 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 4](#).

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Pour les indications de test référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>

7 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 10 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

8 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 4](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes (référer [section 6](#)) **jusqu'à 14 jours** post exposition.
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 10 jours (ex. : TdeS critique), celui-ci doit tout de même [respecter les mesures en communauté](#) après le quart de travail.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Pour les indications de dépistage référer à : [Outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#).
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>.

9 Rupture de service et retour de travailleurs de la santé

Le tableau suivant résume les recommandations décrites dans les sections précédentes, sans rupture de service, ainsi que des recommandations concernant le retour au travail précoce des TdeS lors de rupture de service (**excluant le TdeS considéré protégé**, qui a eu épisode antérieur de COVID-19 confirmé par TAAN-labo à partir du 20 décembre 2021, **qui ne requiert aucun retrait ni dépistage**).

La décision d'appliquer les recommandations lors de rupture de service doit se prendre selon une gestion de risque pouvant dépasser le cadre de la prévention et contrôle des infections et lorsque la situation représente un risque pour la sécurité des usagers.

L'ordonnancement du retour au travail précoce des TdeS en isolement préventif tient compte d'une gradation du risque que représentent différentes situations allant d'un moindre risque jusqu'aux situations, dont le risque pour les autres TdeS et usagers semble plus important. En dernier recours, le retour au travail précoce de TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique et vacciné 2 ou 3 doses est possible. Toutefois, les évidences scientifiques indiquent que la durée de contagiosité du variant Omicron, prédominant actuellement, demeure à 10 jours tel que décrit dans l'avis du CINQ (CINQ, 2022b). L'application de ces recommandations lors de rupture de service sur les unités de soins ayant des usagers immunosupprimés ou pouvant être plus susceptibles de développer la forme sévère de la COVID-19 devrait se faire avec la plus grande prudence.

		MESURES SANS RUPTURE DE SERVICE ^A		MESURES AVEC RUPTURE DE SERVICE	
		TdeS partiellement protégé	TdeS non protégé	Priorisation retour précoce	Conditions requises pour le retour précoce
TdeS avec exposition	En milieu de soins (contact sans port bon ÉPI)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<p>2^e choix – TdeS non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit être asymptomatique ▶ Doit avoir un test TAAN-labo négatif juste avant le retour au travail ▶ Dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, section 7 ▶ Autosurveillance des symptômes, section 6
	En communauté (contact ponctuel avec le cas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire limité avec le cas (cas s'isole)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif le plus tôt possible ▶ Poursuivre dépistage chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire en continu avec le cas (cas ne s'isole pas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<p>1^{er} choix – TdeS partiellement protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif <p>3^e choix – TdeS non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif 	
TdeS infecté	TdeS cas confirmé COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours 		<p>Dernier choix – TdeS vacciné 2/3 doses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours avec TAAN-labo négatif avant le retour (si rupture persiste, sans TAAN-labo avant le retour) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit être asymptomatique ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, section 7

^A Excluant TdeS considéré protégé (épisode antérieur de COVID-19 confirmé par TAAN-labo à partir du 20 décembre 2021) qui ne requiert aucun retrait ni dépistage.

Références

Public Health Agency of Canada. (2022, 19 janvier). *Omicron Monitoring Report 6*.

Alberta Health Services. (2022, 7 janvier). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Australian Government Department of health. (2022a, 10 janvier). *Permissions and restrictions for workers in health care settings, Interim guidance*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/permissions-and-restrictions-for-workers-in-health-care-settings-interim-guidance>

Australian Government Department of health. (2022b, 14 janvier). *COVID-19 CDNA National guidelines for public health units, version 6.4*. [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/\\$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf)

Australian Government Department of health. (2022c, 5 janvier). *Interim guidance on managing workforce in regards to COVID-19 in aged care*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/interim-guidance-on-managing-workforce-in-regards-to-covid-19-in-aged-care>

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. <https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H. et al. (2021, 16 décembre). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. *Eurosurveillance*. 26(50). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.50.2101147>

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 22 septembre). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 2 décembre). *Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022a, 21 janvier). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022b, 14 janvier). *Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance*. *Interim guidance on ending isolation and precautions for people with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021d, 20 décembre). *Omicron variant: what you need to know*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022e, 7 janvier). *Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States*. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2022f, 16 janvier). *Stay up to date with your vaccines*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021g, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#>

Centers for Disease Control and Prevention (2022h, 21 janvier). *Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html#print>

Centers for Disease Control and Prevention (2021i, 27 décembre). *CDC updates and shortens recommended isolation and quarantine period for general population*. <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s1227-isolation-quarantine-guidance.html>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 22 octobre). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommandations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2022, 21 janvier). *CIQ : Avis complémentaire concernant l'utilité d'une dose de rappel pour les personnes ayant une histoire d'infection par le SRAS-CoV-2 et ayant reçu 2 doses de vaccin* [document inédit]. Institut national de santé publique du Québec.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2022a, 20 décembre). *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2022b, 20 janvier). *SRAS-CoV-2 : Avis complémentaire concernant la durée de contagiosité chez les cas confirmés de COVID-19 du variant Omicron dans les milieux de soins* [document inédit]. Institut national de santé publique du Québec.

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. <https://doi.org/10.1111/imj.14859>

European Center for disease control and prevention. (2021a, 28 octobre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021b, 9 février). *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – sixth update*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>

European Center for disease control and prevention. (2022c, 7 janvier). *Guidance on quarantine of close contacts to COVID-19 cases and isolation of COVID-19 cases, in the current epidemiological situation, 7 January 2022*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/quarantine-and-isolation>

Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, et al. Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance – Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1167-1169. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm>

Gouvernement du Québec. (2022, 25 janvier). *Tableau de bord de la situation au Québec*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-382W_infographie_sommaire-executif.jpg?1631545316

Hay, J., Kissler, S., Fauver, J.R., Mack, C., Tai, C.G. et al. *Viral dynamics and duration of PCR positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant*. (2022, 13 janvier). *Harvard Library*. https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/37370587/omicron_ct.1-13-22.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Helmsdal, G., Hansen, O.K., Moller, L.F., Christianson, D.H., Petersen M.S. *et al.* (2021, 22 décembre). Omicron outbreak at a private gathering in the Faroe Islands, infecting 21 of 33 triple-vaccinated healthcare workers. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.12.22.21268021>

Institut national de santé publique du Québec. (2021a, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2022b, 6 janvier). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021c, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2022d, 26 janvier). *Données sur les variants du SRAS-CoV-2 au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>

Jansen, L., Tegomoh, B., Lange, K., Showalter, K., Figliomeni, K. *et al.* (2021, 31 décembre). Investigation of a SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) Variant Cluster.-Nebraska, November–December 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 70(51-52).<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm705152e3-H.pdf>

Lyngse, F.P., Mortensen, L.V., Denwood, M.J., Christiansen, L.E., Moller, C.H. *et al.* (2021, 22 décembre). SARS-CoV-2 Omicron VOC transmission in danish households. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278>

Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>

Moderna. (2020, 17 décembre). *FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Moline H.L., Whitaker M., Deng L., *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing Hospitalization Among Adults Aged ≥65 Years — COVID-NET, 13 States, February–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1088-1093. DOI: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e3.htm>

Ministry of Health Ontario (2022a, 12 janvier). *Document d'orientation provisoire sur la COVID-19 : Gestion des pénuries de personnel essentiel dans les milieux les plus à risque dans la foulée de la recrudescence liée au variant Omicron*. https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/early_return%20to%20work.pdf

Ministry of Health Ontario (2022b, 13 janvier). *COVID-19 Integrated testing & case, contact and outbreak management interim guidance: Omicron surge*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts_omicron.pdf

Perkmann, T., Perkmann-Nagele, N., Koller, T., Mucher, P., Radakovics, A., *et al.* (2021, 1^{er} août). Serum antibody response to BNT162b2 after natural SARS-CoV-2 infection. *European Journal of Clinical Investigation*. 2021;51(11). <https://doi.org/10.1111/eci.13632>

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). *FDA Briefing document Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Public Health England-United Kingdom Health Security Agency. (2022a, 14 janvier). *SARS-CoV-2 variants of concerns and variants under investigation in England – Technical briefing 34*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1050236/technical-briefing-34-14-january-2022.pdf

Public Health England (2022b, 17 janvier). COVID-19: management of staff and exposed patients or residents in health and social care settings. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Quach, C., Blanchard, A.C., Lamarche, J., Audy, N. et Lamarre, V. (2022, 23 janvier). Should healthcare workers with SARS-CoV-2 household exposures work? A cohort study. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.23.22269719>

Swissnoso. (2020a, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021b, 20 mai). *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Swissnoso. (2021c, 22 décembre). *Prise de position provisoire de Swissnoso sur les mesures préventives supplémentaires dans les hôpitaux de soins aigus concernant le variant Omicron du SRAS-CoV-2*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2112_22_FR_Swissnoso_interim_position_additional_measures_omicron_fin.pdf

Swissnoso. (2022d, 14 janvier). *Consensus des experts de Swissnoso pour des mesures d'accompagnement supplémentaires alignées sur la durée réduite des isolements et quarantaines dus au COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/22011_4_SN_consensus_mesures_supplementaires_duree_reduite_des_isolements_et_quarantaines_FR.pdf

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., et al. (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

World Health Organization. (2020, 30 octobre). *Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19*. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. et al. (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

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

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

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

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

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

Noémie Savard
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

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

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

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

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

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
4.0	2022-01-28	<ul style="list-style-type: none">▶ Révision des retraits préventifs pour les contacts domiciliaires.▶ Révision de la priorisation du retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service.▶ Retrait des documents de référence pour la gestion des cas et contacts en communauté et de réinfection.
3.1	2022-01-06	<ul style="list-style-type: none">▶ Mise à jour partielle des données en lien avec Omicron.▶ Ajout section Rupture de service et retour de travailleurs de la santé.
3.0	2021-12-21	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajout définitions types de test.▶ Révision des catégories de protection.▶ Révision des recommandations selon les catégories de protection.
2.0	2021-09-14	<ul style="list-style-type: none">▶ Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale.▶ Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15	<ul style="list-style-type: none">▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé.▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Josée Massicotte, médecin-conseil
Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3141

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

25 février 2022 – version 4.1 Modifications apportées en jaune

Sommaire

Principales modifications	2
Préambule	2
Définitions	5
1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins	8
2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	10
3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation	11
4 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	12
5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19	13
6 Autosurveillance des symptômes	14
7 Auto-isolement au travail	14
8 Isolement préventif avec retrait du travail	15
9 Rupture de service et retour de travailleurs de la santé	16

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

- ▶ Selon les données du programme de surveillance des variants au Québec (basé sur les données de criblage du LSPQ et de laboratoires sentinelles), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que la prévalence du variant Omicron (B.1.1.529) au Québec était de **100 % en date du 16 janvier 2022** (INSPQ, 2022d).
- ▶ Présentement les données disponibles sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron ne permettent plus de considérer une personne ayant reçu deux doses de vaccin à ARNm comme étant adéquatement protégée contre l'infection par ce variant.
- ▶ Dans le contexte des connaissances actuelles, le CINQ recommande actuellement de considérer les personnes ayant reçu deux ou trois doses de vaccins ou ayant déjà fait la maladie avant le 20 décembre 2021 comme partiellement protégées face au variant Omicron.
- ▶ Le **travailleur de la santé (TdeS) doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)**, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains). **L'usager doit porter le masque médical** lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne même lorsqu'hospitalisé.
- ▶ Une nouvelle section, section 9, a été ajoutée pour résumer la gestion des TdeS avec ou sans rupture de services.

Principales modifications

- ▶ Ajout d'une recommandation pour l'utilisation des tests de détection antigénique rapide (TDAR) comme indicateur pour évaluer la persistance de l'infectiosité des cas de COVID-19 dans les jours suivants le début des symptômes. Des études récentes ayant en effet démontré que la positivité des TDAR corrèle mieux avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN.
- ▶ Ainsi, lors de rupture de service, le retour précoce au travail d'un TdeS confirmé COVID-19 pourrait se faire avec l'obtention de deux résultats négatifs à 24 heures d'intervalle, d'un TDAR réalisé par un professionnel de la santé, et ce, avant son retour au travail.

Préambule

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

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise en fonction du type d'exposition, du port d'ÉPI ainsi que de leur statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination).

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés **et des TdeS confirmés**. Lors d'un contact avec un cas unique confirmé de COVID-19 ou lors d'une éclosion de COVID-19 en milieu de soins, se référer aux documents suivants selon le milieu concerné :

- ▶ Milieux de soins de longue durée : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée](#)
- ▶ Autres milieux de soins : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins](#).

Ces documents précisent les dépistages requis chez les TdeS dans le but de rechercher la source du cas ou d'une éclosion et de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins. Advenant qu'un TdeS ait eu un bris dans le port d'ÉPI, d'autres mesures telles que des dépistages additionnels sont requises et disponibles à la section 1 du présent document. À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS protégé, partiellement protégé ou non protégé (voir section définitions). Ces recommandations seront modifiées selon l'évolution des données scientifiques.

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté. Dans certaines circonstances, il est possible qu'un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isolement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage.

Incubation et contagiosité du variant Omicron

- ▶ Les données provenant d'études récentes faites auprès de travailleurs de la santé ou de personnes exposées à des cas infectés par le variant Omicron ont permis de constater que la durée médiane d'incubation est plus courte que celle des autres variants, se situant **autour de 3 jours (intervalle entre 0 à 8 jours selon les références)** (Kremer *et al.*, 2022; Backer *et al.*, 2022; Àguila-Mejia *et al.*, 2022; Helmsdal *et al.*, 2021; Jansen *et al.*, 2021; Brandal *et al.*, 2021).
- ▶ Quelques études ont tenté d'évaluer la durée d'excrétion du virus chez les personnes infectées par le variant Omicron que ce soit par PCR ou par culture virale. Les conclusions de ces différentes études sont que la quantité d'ARN viral mesurée est à son pic entre 3 et 6 jours après le début des symptômes ou le diagnostic et diminue progressivement par la suite (CINQ, 2022b). L'étude de Hay (Hay *et al.*, 2022) a démontré une durée moyenne d'excrétion de 10 jours ce qui est comparable à la durée d'excrétion observée avec les autres variants.

Le niveau de protection offert par la vaccination

Plusieurs études publiées récemment portent sur les données d'estimation de l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron. Voici ce qui ressort de ces études (ASPC, 2022; CIQ, 2022) :

- ▶ L'efficacité contre une infection symptomatique ou non après une première série vaccinale (2 doses de vaccin ARNm) est faible, de l'ordre d'environ 30 à 40 % selon les études et tend à diminuer dans le temps.
- ▶ L'efficacité d'une dose de rappel (par un vaccin ARNm) **à 3 mois ou plus après la dernière dose de la série vaccinale primaire a le potentiel de rehausser l'efficacité** à prévenir les infections par le variant Omicron **à des niveaux** de l'ordre de 60 à 75 %.
- ▶ L'efficacité à prévenir l'hospitalisation après avoir reçu 2 doses de vaccin ARNm se situe entre 70 et 78 % et tend à s'améliorer après une dose de rappel pour atteindre 83 à 94 %.

Les résultats **préliminaires d'une étude québécoise** réalisée du 26 décembre 2021 au 5 février 2022, afin d'évaluer l'efficacité du vaccin ARNm face au variant Omicron, démontrent que l'efficacité après avoir reçu une dose de rappel (3 doses) est supérieure comparativement à 2 doses (De Serres *et al.*, 2022) :

- ▶ Cette efficacité à prévenir les infections sévères à la COVID-19 et l'hospitalisation était d'environ 80 % après 2 doses et de 90 % après 3 doses.
- ▶ L'efficacité du vaccin à prévenir une consultation à l'urgence était d'environ 60 % après 2 doses et de 85 % après 3 doses.
- ▶ Finalement, l'efficacité à prévenir une maladie légère, qui n'a pas entraîné de consultation, était d'environ 45 % après 2 doses et de 80 % après 3 doses.

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

- ▶ La réponse immunitaire d'un individu lors d'une infection résulte en la production d'anticorps (immunité humorale) et l'activation des lymphocytes (immunité cellulaire) qui seront dirigés contre plusieurs parties du virus. Plusieurs études ont démontré que les personnes ayant été infectées par le SRAS-CoV-2 ont des anticorps neutralisants qui vont persister jusqu'à 12 mois chez la plupart des individus (CIQ, 2022).
- ▶ Seulement deux études ont estimé la protection conférée par une infection causée par les premières lignées du virus contre une réinfection par le variant Omicron. Cette protection contre une réinfection par le variant Omicron était de 53 % (étude écossaise) et de 56 % (étude au Qatar) ce qui est nettement inférieur au niveau de protection de l'ordre de 90 % pour les variants Alpha et Delta et de 85 % pour le variant Beta. (CIQ, 2022).
- ▶ Les personnes ayant eu un épisode récent de COVID-19 ont une forte probabilité d'avoir été infectées par le variant Omicron. En se basant sur les données recueillies par le LSPQ, en date du 20 décembre 2021 la proportion de cas du variant Omicron au Québec était de plus de 80 % (INSPQ, 2021e) **et a continué à augmenter par la suite.** Ainsi les personnes ayant acquis l'infection au Québec à partir du 20 décembre 2021 sont présumées avoir été infectées par le variant Omicron.

Efficacité de la vaccination chez les personnes déjà infectées

- ▶ De nombreuses études portant sur la réponse immunitaire après la vaccination chez des personnes ayant déjà fait l'infection au SRAS-CoV-2 ont démontré qu'une dose de vaccin à ARNm fait augmenter la quantité d'anticorps mais aussi l'intensité de la réponse cellulaire. Ainsi les titres d'anticorps observés après une dose de vaccin à ARNm chez ces personnes sont comparables ou même plus élevés que chez des individus ayant reçu 2 doses de vaccin sans avoir fait l'infection. Les titres en anticorps les plus élevés ont été retrouvés chez les personnes préalablement infectées qui ont ensuite reçu 2 doses de vaccin (CIQ, 2022; Perkmann *et al.*, 2021). On ne sait pas si une 3e dose augmentera davantage la réponse immunitaire chez ces individus (CIQ, 2022).
- ▶ Une personne infectée par le variant Omicron, survenant chez une personne déjà immunisée (suite à une infection antérieure ou par la vaccination), va très probablement développer un haut niveau de protection contre une réinfection par le variant Omicron, mais également contre les souches appartenant à des lignées antérieures. Toutefois, la durée de l'immunité conférée demeure incertaine dans l'attente de nouvelles données scientifiques portant sur cet aspect (CIQ, 2022).

Données sur la transmission lors de contact domiciliaire

- ▶ Une étude au Danemark (Lyngse *et al.*, 2021) a comparé le taux d'attaque secondaire parmi les contacts domiciliaires de cas infectés par le variant Delta et ceux infectés par le variant Omicron (B.1.1.529). Les résultats sont les suivants :
 - ▶ le taux d'attaque secondaire est plus élevé lorsque le cas primaire est causé par le variant Omicron (31 %) par rapport au variant Delta (21 %);
 - ▶ cette différence dans les taux d'attaque résulte d'une certaine diminution de la protection conférée par la vaccination contre le variant Omicron considérant les taux d'attaques secondaires parmi les contacts vaccinés 2 doses (32 % pour l' Omicron vs 19 % pour le Delta) et les contacts ayant reçu une dose de rappel (25 % pour l' Omicron et de 11 % pour le Delta), alors que la proportion d'infection secondaire chez les individus non vaccinés était comparable (29 % pour le variant Omicron vs 28 % pour le Delta).

- ▶ Une étude de cohorte a été menée au Québec (Quach *et al.*, 2022), portant sur les infections secondaires survenues parmi 475 TdeS ayant des contacts domiciliaires avec des cas de COVID avec le variant Omicron (entre le 20 décembre 2021 et le 17 janvier 2022). Parmi les TdeS exposés qui ont acquis l'infection (n= 238) 82 % de ceux-ci ont été trouvés positifs lors du test initial. Parmi les 279 TdeS contacts domiciliaires maintenus au travail, 42 (15 %) sont devenus positifs avec une médiane de 4 jours après le test initial. Aucune transmission nosocomiale n'a été observée parmi la clientèle et les autres TdeS de cet hôpital.

Utilisation de test de dépistage ou diagnostique pour le SRAS-CoV-2

- ▶ Pour les TdeS, l'utilisation du test de dépistage par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) effectué en laboratoire (TAAN-labo) est priorisée.
- ▶ En cas de pénurie de TAAN-labo, le TAAN rapide hors laboratoire (ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) pourrait être utilisé chez les TdeS symptomatiques. L'utilisation de tout test rapide de détection antigénique ou autotest n'est pas recommandée pour la gestion des TdeS exposés ou asymptomatiques.
- ▶ Si un TdeS a obtenu un résultat positif ou négatif d'un test rapide de détection antigénique (TDAR) que ce soit à des fins diagnostiques en présence de symptômes ou comme test de dépistage en post-exposition et asymptomatique, ce TdeS devra faire un nouveau test par TAAN-labo. Cette recommandation ne s'applique pas au TdeS non vacciné qui a des dépistages systématiques mis en place par le MSSS.

Utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées

- ▶ Plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre différents tests, soit le TAAN-labo, les TDAR et la culture virale, afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Il est convenu que la charge virale diminue avec le temps suite à un épisode de COVID-19. La culture virale est considérée comme étant un bon test pour suivre cette diminution, mais, étant donné entre autres le délai d'obtention des résultats, elle ne peut être utilisée au cas par cas pour déterminer l'infectiosité d'un TdeS à un moment précis. Des comparaisons avec la culture virale montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle et des études récentes ont démontré que la positivité des TDAR corrèle mieux avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN (Currie *et al.*, 2022, Kohmer *et al.*, 2021, McKay *et al.*, 2021).
- ▶ Par conséquent, l'obtention de résultats négatifs par TDAR réalisés sur 2 journées différentes nous semble être un meilleur indicateur afin d'évaluer la persistance de l'infectiosité que l'obtention d'un TAAN-labo négatif. Ainsi, le TDAR pourrait être utilisé, advenant la nécessité d'un retour au travail d'un TdeS confirmé COVID-19, partiellement protégé et asymptomatique, avant la fin de sa période de 10 jours d'isolement à la maison (voir [section 9](#)).

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Pour la gestion des expositions dans ce document, ce cas peut être :

- ▶ **Cas confirmé :** détection d'acides nucléiques du SRAS-CoV-2 (TAAN+).
- ▶ **Cas confirmé par lien épidémiologique :** symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevé avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité.
- ▶ **Cas probable :** a un test d'antigènes positif pour le SRAS-CoV-2 (TDAR+) ET qui présente des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19 OU a eu un contact étroit avec un cas de COVID-19 OU a été exposé à un milieu en éclosion.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux.
- ▶ CHSLD et certains autres milieux de vie comportent des unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (p. ex. : RPA, RI, RTF).
- ▶ Centres de réadaptation.
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Tests de dépistage ou diagnostique

- ▶ **TAAN laboratoire (TAAN-labo) :** test TAAN effectué en laboratoire.
- ▶ **TAAN rapide au point de service :** test d'amplification des acides nucléiques (p. ex. : ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) réalisé hors laboratoire et autorisé par Santé Canada à cette fin.
- ▶ **Test de détection antigénique rapide (TDAR) :** test rapide réalisé hors laboratoire. (p. ex. : Panbio^{MD}, BD Veritor^{MD}, BTNX^{MD}). Ces tests ont une bonne spécificité, mais une sensibilité moindre, lorsque comparés au TAAN-labo. Certaines de ces épreuves sont autorisées par Santé Canada pour une utilisation comme épreuve de biologie médicale délocalisée au point de service, d'autres sont autorisés en autotest.

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré protégé contre l'infection (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A fait un épisode de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021 (vacciné ou non) :
 - ▶ confirmé par TAAN-labo ou
 - ▶ avec TDAR positif ET histoire fiable sur l'exposition, les symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 et la date de test ou
 - ▶ confirmé par lien épidémiologique : symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevé avec un cas confirmé par TAAN-labo ou avec TDAR positif.

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé contre l'infection, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ Primovaccination complète, avec ou sans dose de rappel :
 - ▶ 2 doses de vaccin COVID-19 ARNm ou vecteur viral ET ≥ 7 jours après la 2e dose OU
 - ▶ 1 dose de vaccin COVID-19 Johnson & Johnson suivie d'une dose de vaccin COVID-19 ARNm ET ≥ 7 jours après la 2e dose.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, vacciné ou non.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 6 mois et ≤ 12 mois, primovaccination incomplète.

Travailleur de la santé considéré non protégé contre l'infection, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants :

- ▶ Primovaccination incomplète.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 6 mois et ≤ 12 mois ET non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET non vacciné ou primovaccination incomplète.
- ▶ Aucune vaccination et aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo.
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non.

1 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en milieu de soins

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé <small>Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021</small>	TdeS considéré partiellement protégé <small>Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète</small>	TdeS considéré non protégé <small>Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.</small>
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : TdeS ne portait PAS adéquatement l'ÉPI recommandé : APR de type N-95 ET protection oculaire	Aucun retrait du travail ni dépistage.	TdeS considéré partiellement protégé ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5 ; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6 . Si symptomatique, référer section 4 . ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail , référer section 7 . ▶ Respect des mesures en communauté .	TdeS considéré non protégé ▶ Retrait du travail pour 10 jours , référer section 8 . ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5 ; négatif, poursuivre isolement préventif.
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS ne portait PAS adéquatement masque médical ^A			

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

1 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en milieu de soins (suite)

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : ▶ TdeS portait adéquatement APR de type N-95 ET portait adéquatement protection oculaire	▶ Aucun retrait du travail ni dépistage.	▶ Aucun retrait du travail. ▶ Si un TdeS est soumis à des tests de dépistage pour autre raison, poursuivre ces dépistages. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6 . Si symptomatique, référer section 4 .	
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : ▶ TdeS portait adéquatement masque médical ^A			
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)			

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

2 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en communauté

Advenant une exposition en communauté concernant un TdeS et qu'un isolement préventif à la maison soit requis selon la [directive ministérielle](#), il est convenu que dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du **travail** considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques en place dans les milieux de soins.

<p>TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021</p>	<p>TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète</p>	<p>TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.</p>
<p>Aucun retrait du travail ni dépistage</p>	<p>AVEC contact ponctuel avec le cas (sans contact domiciliaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. <p>AVEC contact domiciliaire limité (le cas est capable de s'isoler)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail jusqu'au premier test TAAN-labo négatif fait le plus tôt possible ▶ Poursuivre dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. <p>AVEC contact domiciliaire avec exposition en continu avec le cas (le cas n'est pas capable de s'isoler)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 7 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer à section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Respect des mesures en communauté.

3 Travailleur de la santé **asymptomatique** ayant autre type d'exposition ou autre situation

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Contact d'un contact asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail, peu importe le statut immunitaire. Ces recommandations sont pour le travail en milieu de soins considérant que le TdeS porte un masque médical et que des mesures de PCI sont en place. ▶ Respect des mesures en communauté. 		
Contact d'un voyageur asymptomatique			
Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) ou d'un cas suspecté			
Aucune exposition identifiée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune mesure. Si un test est réalisé (p. ex. : dépistage systématique), aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 		
Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. 	<p>À adapter selon le niveau d'exposition du TdeS, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail avec respect strict des mesures. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté. 	
Voyageurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières). 		

4 Travailleur de la santé **symptomatique** (symptômes compatibles avec la COVID-19)

TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ni dépistage en lien avec le SRAS-CoV-2. ▶ Envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic. 	<p>Isolement à la maison.</p> <p>Effectuer TAAN-labo dès l'apparition des symptômes. Conduite à tenir selon les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : référer à section 5. ▶ Négatif = Était préalablement en retrait du travail (isolement préventif) : poursuivre l'isolement préventif. Suivre les indications à la section correspondant à l'isolement préventif déjà en place. <ul style="list-style-type: none"> ▶ N'était pas en retrait du travail (isolement préventif) : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires). ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats. ▶ Si nécessaire, envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic. 	

5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

<p>TdeS considéré protégé</p> <p>Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021</p>	<p>TdeS considéré partiellement protégé</p> <p>Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète</p>	<p>TdeS considéré non protégé</p> <p>Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.</p>
<p>Ayant un nouveau test positif depuis son épisode de COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintien au travail ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. 	<p>Travailleur de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p>	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p> <p>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 14 jours avec deux TDAR^B négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés. <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (p. ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR^B 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 du TdeS est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (p. ex. : Décadron et Tocilizumab) est aussi à évaluer par l'équipe traitante.

^A Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement 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.

^B Le TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé. L'autotest n'est pas valable pour cesser un isolement.

6 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 4](#).

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>.

7 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 10 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

8 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 4](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes (référer [section 6](#)) **jusqu'à 14 jours** post exposition.
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 10 jours (p. ex. : TdeS critique), celui-ci doit tout de même [respecter les mesures en communauté](#) après le quart de travail.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>.

9 Rupture de service et retour de travailleurs de la santé

Le tableau suivant résume les recommandations décrites dans les sections précédentes, sans rupture de service, ainsi que des recommandations concernant le retour au travail précoce des TdeS lors de rupture de service (**excluant le TdeS considéré protégé**, qui a eu épisode antérieur de COVID-19 confirmé par TAAN-labo à partir du 20 décembre 2021, **qui ne requiert aucun retrait ni dépistage**).

La décision d'appliquer les recommandations lors de rupture de service doit se prendre selon une gestion de risque pouvant dépasser le cadre de la prévention et contrôle des infections et lorsque la situation représente un risque pour la sécurité des usagers.

L'ordonnancement du retour au travail précoce des TdeS en isolement préventif tient compte d'une gradation du risque que représentent différentes situations allant d'un moindre risque jusqu'aux situations, dont le risque pour les autres TdeS et usagers semble plus important. En dernier recours, le retour au travail précoce de TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique et vacciné 2 ou 3 doses est possible. Toutefois, les évidences scientifiques indiquent que la durée de contagiosité du variant Omicron, prédominant actuellement, demeure à 10 jours tel que décrit dans l'avis du CINQ (CINQ, 2022b). L'application de ces recommandations lors de rupture de service sur les unités de soins ayant des usagers immunosupprimés ou pouvant être plus susceptibles de développer la forme sévère de la COVID-19 devrait se faire avec la plus grande prudence.

		MESURES SANS RUPTURE DE SERVICE ^A		MESURES AVEC RUPTURE DE SERVICE	
		TdeS partiellement protégé	TdeS non protégé	Priorisation retour précoce	Conditions requises pour le retour précoce
TdeS avec exposition	En milieu de soins (contact sans port bon ÉPI)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	2^e choix – TdeS non protégé <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit être asymptomatique au moment du retour au travail ▶ Doit avoir un test TAAN-labo négatif juste avant le retour au travail ▶ Dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, section 7 ▶ Autosurveillance des symptômes, section 6
	En communauté (contact ponctuel avec le cas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire limité avec le cas (cas s'isole)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif le plus tôt possible ▶ Poursuivre dépistage chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire en continu avec le cas (cas ne s'isole pas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	1^{er} choix – TdeS partiellement protégé <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif 3^e choix – TdeS non protégé <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif 	
TdeS infecté	TdeS cas confirmé COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours 		Dernier choix – TdeS vacciné 2/3 doses <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours avec 2 TDAR^B négatifs (si rupture persiste, aucun test avant le retour) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit être asymptomatique au moment du retour au travail ▶ Doit avoir 2 TDAR^B négatifs avant le retour au travail à 24 heures d'intervalle, aux jours 6 et 7. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, section 7

^A Excluant TdeS considéré protégé (épisode antérieur de COVID-19 confirmé par TAAN-labo à partir du 20 décembre 2021) qui ne requiert aucun retrait ni dépistage.

^B Le TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé. L'autotest n'est pas valable pour cesser un isolement.

Références

Public Health Agency of Canada. (2022, 19 janvier). *Omicron Monitoring Report 6*.

Alberta Health Services. (2022, 7 janvier). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*.
<https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Águila-Mejía, J., Wallmann, R., Calvo-Montes, J., Rodríguez-Lozano, J., Valle-Madrado, T. *et al.* (2022, 20 janvier). Secondary Attack Rates, Transmission, Incubation and Serial Interval Periods of first SARS-CoV-2 Omicron variant cases in a northern region of Spain. Research Square. Prépublication. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1279005/v1>

Australian Government Department of health. (2022a, 10 janvier). *Permissions and restrictions for workers in health care settings, Interim guidance*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/permissions-and-restrictions-for-workers-in-health-care-settings-interim-guidance>

Australian Government Department of health. (2022b, 14 janvier). *COVID-19 CDNA National guidelines for public health units, version 6.4*.
[https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/\\$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf)

Australian Government Department of health. (2022c, 5 janvier). *Interim guidance on managing workforce in regards to COVID-19 in aged care*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/interim-guidance-on-managing-workforce-in-regards-to-covid-19-in-aged-care>

Backer, J.A., Eggink, D., Andeweg, S.P., Veldhuijzen, I.K., van Maarseveen, N., *et al.* (2022, 28 janvier). Shorter serial intervals in SARS-CoV-2 cases with Omicron BA.1 variant compared to Delta variant in the Netherlands, 13 – 26 December, 2021. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.18.22269217>

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.
<https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H. *et al.* (2021, 16 décembre). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. *Eurosurveillance*. 26(50). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.50.2101147>

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 22 septembre). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 2 décembre). *Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing*.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022a, 21 janvier). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022b, 14 janvier). Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance). *Interim guidance on ending isolation and precautions for people with COVID-19*.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021d, 20 décembre). *Omicron variant: what you need to know*.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022e, 7 janvier). *Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States*. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2022f, 16 janvier). *Stay up to date with your vaccines*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021g, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#>

Centers for Disease Control and Prevention (2022h, 21 janvier). *Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html#print>

Centers for Disease Control and Prevention (2021i, 27 décembre). *CDC updates and shortens recommended isolation and quarantine period for general population*. <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s1227-isolation-quarantine-guidance.html>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 22 octobre). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommandations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2022, 21 janvier). *CIQ : Avis complémentaire concernant l'utilité d'une dose de rappel pour les personnes ayant une histoire d'infection par le SRAS-CoV-2 et ayant reçu 2 doses de vaccin*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3199-utilite-dose-rappel-personnes-infection-sras-cov-2.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021, 16 décembre). *CIQ : Pertinence d'une dose de rappel d'un vaccin contre la COVID 19 pour les différentes catégories d'adultes au Québec*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3184-dose-rappel-vaccin-covid19-adultes>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2021a, 20 décembre). *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2022b, 20 janvier). *SRAS-CoV-2 : Avis complémentaire concernant la durée de contagiosité chez les cas confirmés de COVID-19 du variant Omicron dans les milieux de soins* [document inédit]. Institut national de santé publique du Québec.

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

De Serres, G., Febriani, Y., Ouakki, M., Talbot, D., Gilca, R., Deceuninck, G. *et al.* (2022, 16 février). *Efficacité du vaccin contre la COVID-19 causée par le variant Omicron au Québec, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES* <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/vaccination/efficacite-omicron>

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. <https://doi.org/10.1111/imj.14859>

European Center for disease control and prevention. (2021a, 28 octobre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021b, 9 février). *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – sixth update*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>

European Center for disease control and prevention. (2022c, 7 janvier). *Guidance on quarantine of close contacts to COVID-19 cases and isolation of COVID-19 cases, in the current epidemiological situation, 7 January 2022.* <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/quarantine-and-isolation>

Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance — Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1167-1169. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm>

Gouvernement du Québec. (2022, 25 janvier). *Tableau de bord de la situation au Québec.* https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-382W_infographie_sommaire-executif.jpg?1631545316

Hay, J., Kissler, S., Fauver, J.R., Mack, C., Tai, C.G. *et al.* Viral dynamics and duration of PCR positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant. (2022, 13 janvier). *Harvard Library.* https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/37370587/omicron_ct.1-13-22.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Helmsdal, G., Hansen, O.K., Moller, L.F., Christianson, D.H., Petersen M.S. *et al.* (2021, 22 décembre). Omicron outbreak at a private gathering in the Faroe Islands, infecting 21 of 33 triple-vaccinated healthcare workers. *MedRxiv.* <https://doi.org/10.1101/2021.12.22.21268021>

Institut national de santé publique du Québec. (2021a, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie.* <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2022b, 6 janvier). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.* <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021c, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19.* <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2022d). *Données sur les variants du SRAS-CoV-2 au Québec.* <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>

Jansen, L., Tegomoh, B., Lange, K., Showalter, K., Figliomeni, K. *et al.* (2021, 31 décembre). Investigation of a SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) Variant Cluster.-Nebraska, November–December 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 70(51-52).<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm705152e3-H.pdf>

Kohmer, N., Toptan, T., Pallas, C., Karaca, O., Pfeiffer, A., Westhaus S., *et al.* The Comparative Clinical Performance of Four SARS-CoV-2 Rapid Antigen Tests and Their Correlation to Infectivity In Vitro *J. Clin. Med.* 2021, 10, 328. <https://doi.org/10.3390/jcm10020328>

Kremer, C., Braeye, T., Proesmans, K., André, E., Torneri, A. *et al.* (2022, 28 janvier). Observed serial intervals of SARS-CoV-2 for the Omicron and Delta variants in Belgium based on contact tracing data, 19 November to 31 December 2021. *MedRxiv.* Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.28.22269756>

Lynge, F.P., Mortensen, L.V., Denwood, M.J., Christiansen, L.E., Moller, C.H. *et al.* (2021, 22 décembre). SARS-CoV-2 Omicron VOC transmission in danish households. *MedRxiv.* Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278>

Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>

McKay SL, Tobolowsky FA, Moritz ED, Hatfield KM, Bhatnagar A, LaVoie SP, *et al.*; CDC Infection Prevention and Control Team and the CDC COVID-19 Surge Laboratory Group. Performance evaluation of serial SARS-CoV-2 rapid antigen testing during a nursing home outbreak. *Ann Intern Med.* 2021;174:945–51. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>

Moderna. (2020, 17 décembre). *FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Moline H.L., Whitaker M., Deng L., *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing Hospitalization Among Adults Aged ≥ 65 Years – COVID-NET, 13 States, February–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1088-1093. DOI: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e3.htm>

Ministry of Health Ontario (2022a, 12 janvier). *Document d'orientation provisoire sur la COVID-19 : Gestion des pénuries de personnel essentiel dans les milieux les plus à risque dans la foulée de la recrudescence liée au variant Omicron*. https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/early_return%20to%20work.pdf

Ministry of Health Ontario (2022b, 13 janvier). *COVID-19 Integrated testing & case, contact and outbreak management interim guidance: Omicron surge*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts_omicron.pdf

Perkmann, T., Perkmann-Nagele, N., Koller, T., Mucher, P., Radakovics, A., *et al.* (2021, 1^{er} août). Serum antibody response to BNT162b2 after natural SARS-CoV-2 infection. *European Journal of Clinical Investigation*. 2021;51(11). <https://doi.org/10.1111/eci.13632>

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). *FDA Briefing document Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Public Health England-United Kingdom Health Security Agency. (2022a, 14 janvier). *SARS-CoV-2 variants of concerns and variants under investigation in England – Technical briefing 34*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1050236/technical-briefing-34-14-january-2022.pdf

Public Health England (2022b, 17 janvier). *COVID-19: management of staff and exposed patients or residents in health and social care settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Quach, C., Blanchard, A.C., Lamarche, J., Audy, N. et Lamarre, V. (2022, 23 janvier). Should healthcare workers with SARS-CoV-2 household exposures work? A cohort study. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.23.22269719>

Swissnoso. (2020a, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021b, 20 mai), *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Swissnoso. (2021c, 22 décembre). *Prise de position provisoire de Swissnoso sur les mesures préventives supplémentaires dans les hôpitaux de soins aigus concernant le variant Omicron du SRAS-CoV-2*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2112_22_FR_Swissnoso_interim_position_additional_measures_omicron_fin.pdf

Swissnoso. (2022d, 14 janvier). *Consensus des experts de Swissnoso pour des mesures d'accompagnement supplémentaires alignées sur la durée réduite des isolements et quarantaines dus au COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/22011_4_SN_consensus_mesures_supplementaires_duree_reduite_des_isolements_et_quarantaines_FR.pdf

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

World Health Organization. (2020, 30 octobre). *Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19*. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. et al. (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

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

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

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

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

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

Noémie Savard
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

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

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

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

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

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
4.1	2022-02-25	<ul style="list-style-type: none">▶ Mise à jour partielle données sur l'efficacité vaccinale▶ Ajout utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées▶ Mise à jour test requis pour le retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service
4.0	2022-01-28	<ul style="list-style-type: none">▶ Révision des retraits préventifs pour les contacts domiciliaires.▶ Révision de la priorisation du retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service.▶ Retrait des documents de référence pour la gestion des cas et contacts en communauté et de réinfection.
3.1	2022-01-06	<ul style="list-style-type: none">▶ Mise à jour partielle des données en lien avec Omicron.▶ Ajout section Rupture de service et retour de travailleurs de la santé.
3.0	2021-12-21	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajout définitions types de test.▶ Révision des catégories de protection.▶ Révision des recommandations selon les catégories de protection.
2.0	2021-09-14	<ul style="list-style-type: none">▶ Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale.▶ Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15	<ul style="list-style-type: none">▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé.▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Josée Massicotte, médecin-conseil
Geneviève Ancil, conseillère en soins infirmiers
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3141

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

25 mars 2022 – version 4.2. Modifications apportées en jaune

Sommaire

Principales modifications	2
Préambule	2
Définitions	6
1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins	8
2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	10
3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation	11
4 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	12
5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19	13
6 Autosurveillance des symptômes	14
7 Auto-isolement au travail	14
8 Isolement préventif avec retrait du travail	15
9 Accès compromis aux services et retour de travailleurs de la santé	16

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

- ▶ Selon les données du programme de surveillance des variants au Québec (basé sur les données de criblage du LSPQ et de laboratoires sentinelles), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que la prévalence du variant Omicron (B.1.1.529) au Québec était de 100 % en date du 16 janvier 2022 (INSPQ, 2022d).
- ▶ Présentement les données disponibles sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron ne permettent plus de considérer une personne ayant reçue deux doses de vaccin à ARNm comme étant adéquatement protégée contre l'infection par ce variant.
- ▶ Dans le contexte des connaissances actuelles, le CINQ recommande actuellement de considérer les personnes ayant reçu deux ou trois doses de vaccins ou ayant déjà fait la maladie avant le 20 décembre 2021 comme partiellement protégées face au variant Omicron. **Seules les personnes ayant fait la maladie depuis le 20 décembre 2021 sont considérées protégées.**
- ▶ **Le travailleur de la santé (TdeS) doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)**, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains). **L'usager doit porter le masque médical** lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne même lorsqu'hospitalisé.
- ▶ Une nouvelle section, section 9, a été ajoutée pour résumer la gestion des TdeS avec ou sans **accès compromis aux services.**

Principales modifications

- ▶ À la lumière de récentes données publiées spécifiquement au sujet du variant Omicron, des précisions sont apportées sur la recommandation lors d'un retour précoce au travail d'un TdeS confirmé COVID-19 :
 - ▶ Ajustement dans les délais avant le retour au travail en fonction des enjeux d'accès aux services;
 - ▶ Obtention de deux résultats de TDAR négatifs à 24 heures d'intervalle : le premier peut être réalisé en autotest, mais il est nécessaire que le deuxième soit effectué par un professionnel de la santé; celui-ci peut être fait le jour même du retour anticipé au travail.
- ▶ Clarification des choix possibles en cas d'accès compromis aux services afin de mieux préciser l'ordre de priorités des options.

Préambule

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

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise en fonction du type d'exposition, du port d'ÉPI ainsi que de leur statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination).

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés et des TdeS confirmés. Lors d'un contact avec un cas unique confirmé de COVID-19 ou lors d'une éclosion de COVID-19 en milieu de soins, se référer aux documents suivants selon le milieu concerné :

- ▶ Milieux de soins de longue durée : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée](#)
- ▶ Autres milieux de soins : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins](#).

Ces documents précisent les dépistages requis chez les TdeS dans le but de rechercher la source du cas ou d'une éclosion et de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins. Advenant qu'un TdeS ait eu un bris dans le port d'ÉPI, d'autres mesures telles que des dépistages additionnels sont requises et disponibles à la section 1 du présent document. À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS protégé, partiellement protégé ou non protégé (voir section définitions). Ces recommandations seront modifiées selon l'évolution des données scientifiques.

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté.

Dans une démarche de gestion des risques, il est possible que, dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage. De même, en considérant l'impact du manque de travailleurs pouvant compromettre l'accès aux services, des TdeS qui sont des cas de COVID-19 pourraient être rappelés à retourner au travail plus rapidement. Les options, par ordre de priorité, sont présentées à la section 9 du présent document. À noter qu'il appartient aux autorités ministérielles de définir la notion d'accès compromis aux services afin d'en harmoniser l'application.

Incubation et contagiosité du variant Omicron

- ▶ Les données provenant d'études récentes faites auprès de travailleurs de la santé ou de personnes exposées à des cas infectés par le variant Omicron ont permis de constater que la durée médiane d'incubation est plus courte que celle des autres variants, se situant autour de 3 jours (intervalle entre 0 à 8 jours selon les références) (Kremer *et al.*, 2022; Backer *et al.*, 2022; Àguila-Mejia *et al.*, 2022; Helmsdal *et al.*, 2021; Jansen *et al.*, 2021; Brandal *et al.*, 2021).
- ▶ Quelques études ont tenté d'évaluer la durée d'excrétion du virus chez les personnes infectées par le variant Omicron que ce soit par PCR ou par culture virale. Les conclusions de ces différentes études sont que la quantité d'ARN viral mesurée est à son pic entre 3 et 6 jours après le début des symptômes ou le diagnostic et diminue progressivement par la suite (CINQ, 2022b). L'étude de Hay (Hay *et al.*, 2022) a démontré une durée moyenne d'excrétion de 10 jours ce qui est comparable à la durée d'excrétion observée avec les autres variants.

Le niveau de protection offert par la vaccination

Plusieurs études publiées récemment portent sur les données d'estimation de l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron. Voici ce qui ressort de ces études (ASPC, 2022; CIQ, 2022) :

- ▶ L'efficacité contre une infection symptomatique ou non après une première série vaccinale (2 doses de vaccin ARNm) est faible, de l'ordre d'environ 30 à 40 % selon les études et tend à diminuer dans le temps.
- ▶ L'efficacité d'une dose de rappel (par un vaccin ARNm) à 3 mois ou plus après la dernière dose de la série vaccinale primaire a le potentiel de rehausser l'efficacité à prévenir les infections par le variant Omicron à des niveaux de l'ordre de 60 à 75 %.
- ▶ L'efficacité à prévenir l'hospitalisation après avoir reçu 2 doses de vaccin ARNm se situe entre 70 et 78 % et tend à s'améliorer après une dose de rappel pour atteindre 83 à 94 %.

Les résultats préliminaires d'une [étude québécoise](#) réalisée du 26 décembre 2021 au 5 février 2022, afin d'évaluer l'efficacité du vaccin ARNm face au variant Omicron, démontrent que l'efficacité après avoir reçu une dose de rappel (3 doses) est supérieure comparativement à 2 doses (De Serres *et al.*, 2022) :

- ▶ Cette efficacité à prévenir les infections sévères à la COVID-19 et l'hospitalisation était d'environ 80 % après 2 doses et de 90 % après 3 doses.
- ▶ L'efficacité du vaccin à prévenir une consultation à l'urgence était d'environ 60 % après 2 doses et de 85 % après 3 doses.
- ▶ Finalement, l'efficacité à prévenir une maladie légère, qui n'a pas entraîné de consultation, était d'environ 45 % après 2 doses et de 80 % après 3 doses.

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

- ▶ La réponse immunitaire d'un individu lors d'une infection résulte en la production d'anticorps (immunité humorale) et l'activation des lymphocytes (immunité cellulaire) qui seront dirigés contre plusieurs parties du virus. Plusieurs études ont démontré que les personnes ayant été infectées par le SRAS-CoV-2 ont des anticorps neutralisants qui vont persister jusqu'à 12 mois chez la plupart des individus (CIQ, 2022).
- ▶ Seulement deux études ont estimé la protection conférée par une infection causée par les premières lignées du virus contre une réinfection par le variant Omicron. Cette protection contre une réinfection par le variant Omicron était de 53 % (étude écossaise) et de 56 % (étude au Qatar) ce qui est nettement inférieur au niveau de protection de l'ordre de 90 % pour les variants Alpha et Delta et de 85 % pour le variant Beta. (CIQ, 2022).
- ▶ Les personnes ayant eu un épisode récent de COVID-19 ont une forte probabilité d'avoir été infectées par le variant Omicron. En se basant sur les données recueillies par le LSPQ, en date du 20 décembre 2021 la proportion de cas du variant Omicron au Québec était de plus de 80 % (INSPQ, 2021e) et a continué à augmenter par la suite (pour atteindre 100 % à partir de la semaine du 16 janvier 2022). Ainsi les personnes ayant acquis l'infection au Québec à partir du 20 décembre 2021 sont présumées avoir été infectées par le variant Omicron.

Efficacité de la vaccination chez les personnes déjà infectées

- ▶ De nombreuses études portant sur la réponse immunitaire après la vaccination chez des personnes ayant déjà fait l'infection au SRAS-CoV-2 ont démontré qu'une dose de vaccin à ARNm fait augmenter la quantité d'anticorps mais aussi l'intensité de la réponse cellulaire. Ainsi les titres d'anticorps observés après une dose de vaccin à ARNm chez ces personnes sont comparables ou même plus élevés que chez des individus ayant reçu 2 doses de vaccin sans avoir fait l'infection. Les titres en anticorps les plus élevés ont été retrouvés chez les personnes préalablement infectées qui ont ensuite reçu 2 doses de vaccin (CIQ, 2022; Perkmann *et al.*, 2021). On ne sait pas si une 3e dose augmentera davantage la réponse immunitaire chez ces individus (CIQ, 2022).
- ▶ Une personne infectée par le variant Omicron, survenant chez une personne déjà immunisée (suite à une infection antérieure ou par la vaccination), va très probablement développer un haut niveau de protection contre une réinfection par le variant Omicron, mais également contre les souches appartenant à des lignées antérieures. Toutefois, la durée de l'immunité conférée demeure incertaine dans l'attente de nouvelles données scientifiques portant sur cet aspect (CIQ, 2022).

Données sur la transmission lors de contact domiciliaire

- ▶ Une étude au Danemark (Lyngse *et al.*, 2021) a comparé le taux d'attaque secondaire parmi les contacts domiciliaires de cas infectés par le variant Delta et ceux infectés par le variant Omicron (B.1.1.529). Les résultats sont les suivants :
 - ▶ le taux d'attaque secondaire est plus élevé lorsque le cas primaire est causé par le variant Omicron (31 %) par rapport au variant Delta (21 %);
 - ▶ cette différence dans les taux d'attaque résulte d'une certaine diminution de la protection conférée par la vaccination contre le variant Omicron considérant les taux d'attaques secondaires parmi les contacts vaccinés 2 doses (32 % pour l' Omicron vs 19 % pour le Delta) et les contacts ayant reçu une dose de rappel (25 % pour l' Omicron et de 11 % pour le Delta), alors que la proportion d'infection secondaire chez les individus non vaccinés était comparable (29 % pour le variant Omicron vs 28 % pour le Delta).

- ▶ Une étude de cohorte a été menée au Québec (Quach *et al.*, 2022), portant sur les infections secondaires survenues parmi 475 TdeS ayant des contacts domiciliaires avec des cas de COVID avec le variant Omicron (entre le 20 décembre 2021 et le 17 janvier 2022). Parmi les TdeS exposés, 50 % (238 sur 475) sont devenus positifs, dont 82 % ont été trouvés positifs lors du test initial. Parmi les 279 TdeS contacts domiciliaires maintenus au travail, 42 (15 %) sont devenus positifs avec une médiane de 4 jours après le test initial. Aucune transmission nosocomiale n'a été observée parmi la clientèle et les autres TdeS de cet hôpital.

Utilisation de test de dépistage ou diagnostique pour le SRAS-CoV-2

- ▶ Pour les TdeS, l'utilisation du test de dépistage par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) effectué en laboratoire (TAAN-labo) est priorisée.
- ▶ En cas de pénurie de TAAN-labo, le TAAN rapide hors laboratoire (ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) pourrait être utilisé chez les TdeS symptomatiques. L'utilisation de tout test rapide de détection antigénique ou autotest n'est pas recommandée pour la gestion des TdeS exposés ou asymptomatiques.
- ▶ Si un TdeS a obtenu un résultat positif ou négatif d'un test rapide de détection antigénique (TDAR) que ce soit à des fins diagnostiques en présence de symptômes ou comme test de dépistage en post-exposition et asymptomatique, ce TdeS devra faire un nouveau test par TAAN-labo. Cette recommandation ne s'applique pas au TdeS non vacciné qui a des dépistages systématiques mis en place par le MSSS.

Utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées

- ▶ Plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre différents tests, soit le TAAN-labo, les TDAR et la culture virale, afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Il est convenu que la charge virale diminue avec le temps suite à un épisode de COVID-19. La culture virale est considérée comme étant un bon indicateur pour suivre la capacité du virus à infecter des cellules (contagiosité), mais, étant donné, entre autres, le fait qu'elle doit être réalisée en laboratoire spécialisé ainsi que le délai d'obtention des résultats, elle ne peut être utilisée au cas par cas pour déterminer l'infectiosité d'un TdeS à un moment précis. Des comparaisons avec la culture virale montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle alors que la positivité des TDAR semble mieux corrélée avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN (Currie *et al.*, 2022, Kohmer *et al.*, 2021, McKay *et al.*, 2021).
- ▶ Par conséquent, l'obtention de résultats de 2 TDAR négatifs réalisés à 24 heures d'intervalle nous semble être un meilleur indicateur afin d'évaluer la persistance de l'infectiosité que l'obtention d'un TAAN-labo négatif. Ainsi, le TDAR pourrait être utilisé, advenant la nécessité d'un retour au travail d'un TdeS confirmé COVID-19, partiellement protégé ou non protégé et asymptomatique (ou avec une amélioration du tableau clinique), avant la fin de sa période de 10 jours d'isolement à la maison (voir [section 9](#)).
- ▶ Deux études américaines présentent un suivi temporel de la positivité de certains TDAR après l'infection. Ainsi, près de 50 à 60 % des résultats de TDAR dans ces études sont encore positifs au jour 5, environ 20 % au jour 7 et moins de 10 % au jour 10 (Smith *et al.*, 2021; Stiefel *et al.*, 2022).

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Pour la gestion des expositions dans ce document, ce cas peut être :

- ▶ **Cas confirmé :** détection d'acides nucléiques du SRAS-CoV-2 (TAAN+).
- ▶ **Cas confirmé par lien épidémiologique :** symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevé avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité.
- ▶ **Cas probable :** a un test d'antigènes positif pour le SRAS-CoV-2 (TDAR+) ET qui présente des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19 OU a eu un contact étroit avec un cas de COVID-19 OU a été exposé à un milieu en éclosion.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux.
- ▶ CHSLD et certains autres milieux de vie comportent des unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (p. ex. : RPA, RI, RTF).
- ▶ Centres de réadaptation.
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Tests de dépistage ou diagnostique

- ▶ **TAAN laboratoire (TAAN-labo) :** test TAAN effectué en laboratoire.
- ▶ **TAAN rapide au point de service :** test d'amplification des acides nucléiques (p. ex. : ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) réalisé hors laboratoire et autorisé par Santé Canada à cette fin.
- ▶ **Test de détection antigénique rapide (TDAR) :** test rapide réalisé hors laboratoire. (p. ex. : Panbio^{MD}, BD Veritor^{MD}, BTNX^{MD}). Ces tests **ne sont pas tous égaux**. Ils ont **en général** une bonne spécificité, mais une sensibilité moindre, lorsque comparés au TAAN-labo. Certaines de ces épreuves sont autorisées par Santé Canada pour une utilisation comme épreuve de biologie médicale délocalisée au point de service, d'autres sont autorisés en autotest.

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré protégé contre l'infection (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A fait un épisode de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021 (vacciné ou non) :
 - ▶ confirmé par TAAN-labo ou
 - ▶ avec TDAR positif ET histoire fiable sur l'exposition, les symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 et la date de test ou
 - ▶ confirmé par lien épidémiologique : symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevé avec un cas confirmé par TAAN-labo ou avec TDAR positif.

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé contre l'infection, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ Primovaccination complète, avec ou sans dose de rappel :
 - ▶ 2 doses de vaccin COVID-19 ARNm ou vecteur viral ET ≥ 7 jours après la 2^e dose OU
 - ▶ 1 dose de vaccin COVID-19 Johnson & Johnson suivie d'une dose de vaccin COVID-19 ARNm ET ≥ 7 jours après la 2^e dose.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, vacciné ou non.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 6 mois et ≤ 12 mois, primovaccination incomplète.

Travailleur de la santé considéré non protégé contre l'infection, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants :

- ▶ Primovaccination incomplète.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 6 mois et ≤ 12 mois ET non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET non vacciné ou primovaccination incomplète.
- ▶ Aucune vaccination et aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo.
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non.

1 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en milieu de soins

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : TdeS ne portait PAS adéquatement l'ÉPI recommandé : APR de type N-95 ET protection oculaire	Aucun retrait du travail ni dépistage.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Respect des mesures en communauté.
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS ne portait PAS adéquatement masque médical ^A			

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

1 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en milieu de soins (suite)

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19		TdeS considéré protégé	TdeS considéré partiellement protégé	TdeS considéré non protégé
		Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : TdeS portait adéquatement APR de type N-95 ET portait adéquatement protection oculaire	Aucun retrait du travail ni dépistage .	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Si un TdeS est soumis à des tests de dépistage pour autre raison, poursuivre ces dépistages. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. 	
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS portait adéquatement masque médical ^A			
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)			

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

2 Travailleur de la santé **asymptomatique** exposé en communauté

Advenant une exposition en communauté concernant un TdeS et qu'un isolement préventif à la maison soit requis selon la [directive ministérielle](#), il est convenu que dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du **travail** considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques en place dans les milieux de soins.

<p>TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021</p>	<p>TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète</p>	<p>TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.</p>
<p>Aucun retrait du travail ni dépistage</p>	<p>AVEC contact ponctuel avec le cas (sans contact domiciliaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. <p>AVEC contact domiciliaire limité (le cas est capable de s'isoler)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail jusqu'au premier test TAAN-labo négatif fait le plus tôt possible ▶ Poursuivre dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. <p>AVEC contact domiciliaire avec exposition en continu avec le cas (le cas n'est pas capable de s'isoler)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 7 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer à section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Respect des mesures en communauté.

3 Travailleur de la santé **asymptomatique** ayant autre type d'exposition ou autre situation

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Contact d'un contact asymptomatique			
Contact d'un voyageur asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail, peu importe le statut immunitaire. Ces recommandations sont pour le travail en milieu de soins considérant que le TdeS porte un masque médical et que des mesures de PCI sont en place. 		
Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) ou d'un cas suspecté	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Respect des mesures en communauté. 		
Aucune exposition identifiée	Aucune mesure. Si un test est réalisé (p. ex. : dépistage systématique), aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail.		
Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail.	À adapter selon le niveau d'exposition du TdeS, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail avec respect strict des mesures. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté. 	
Voyageurs	Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).		

4 Travailleur de la santé **symptomatique** (symptômes compatibles avec la COVID-19)

TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ni dépistage en lien avec le SRAS-CoV-2. ▶ Envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic. 	<p>Isolement à la maison.</p> <p>Effectuer TAAN-labo dès l'apparition des symptômes. Conduite à tenir selon les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : référer à section 5. ▶ Négatif = Était préalablement en retrait du travail (isolement préventif) : poursuivre l'isolement préventif. Suivre les indications à la section correspondant à l'isolement préventif déjà en place. <ul style="list-style-type: none"> ▶ N'était pas en retrait du travail (isolement préventif) : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires). ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats. ▶ Si nécessaire, envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic. 	

5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 à partir du 20 décembre 2021	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 avant le 20 décembre 2021 et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
<p>Ayant un nouveau test positif depuis son épisode de COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintien au travail ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. 	<p>Travailleur de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p>	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p> <p>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 14 jours avec deux TDAR^B négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés. <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (p. ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR^B 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 du TdeS est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (p. ex. : Décadron et Tocilizumab) est aussi à évaluer par l'équipe traitante.

^A Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement 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.

^B Le TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé. L'autotest n'est pas valable pour cesser un isolement.

6 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 4](#).

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>.

7 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 10 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

8 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 4](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes (référer [section 6](#)).
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 10 jours (p. ex. : TdeS critique), celui-ci doit tout de même [respecter les mesures en communauté](#) après le quart de travail.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>.

9 Accès compromis aux services et retour de travailleurs de la santé

Cette section présente les recommandations concernant le retour au travail précoce des TdeS lors d'enjeux d'accès aux services. Un résumé des recommandations décrites dans les sections précédentes, sans enjeu d'accès aux services, est également présenté.

La décision d'appliquer les recommandations lorsque l'accès aux soins est compromis ou que la situation représente un risque pour la sécurité des usagers doit se prendre selon une gestion de risque qui dépasse les activités de la prévention et du contrôle des infections. L'ordonnancement du retour au travail précoce des TdeS en isolement tient compte d'une gradation du risque que représentent différentes situations allant d'un moindre risque jusqu'aux situations dont le risque pour les autres TdeS et usagers semble plus important. L'ordre de retour au travail suivant est proposé :

1 ^{er} choix	TdeS partiellement protégé et contact domiciliaire en continu avec le cas	
2 ^e choix	TdeS non protégé et contact en milieu de soins ou en communauté (sauf contact continu à domicile)	Voir tableau section 9.1
3 ^e choix	TdeS non protégé et contact domiciliaire en continu avec le cas	
4 ^e choix	TdeS cas confirmé de COVID-19	Voir tableau section 9.2
5 ^e choix		

La décision de retourner au travail des travailleurs ayant été en contact avec un cas de COVID ou étant eux-mêmes des cas de COVID-19 confirmés devrait être modulée en fonction du contexte de travail qui prévaut dans le milieu où le travailleur est assigné. Cette mesure d'exception devrait s'accompagner de mesures de mitigation du risque pour éviter une transmission vers les autres travailleurs de la santé et les usagers.

9.1 Retour précoce d'un travailleur de la santé qui est un contact

Le premier choix lors d'accès compromis aux services, est le retour précoce des **contacts** tel que détaillé dans ce tableau :

		MESURES POUR LE RETOUR DES CONTACTS			
		MESURES SANS ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES ^A		MESURES AVEC ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES	
		TdeS partiellement protégé	TdeS non protégé	Priorisation retour précoce	Conditions requises pour le retour précoce
TdeS avec exposition	En milieu de soins (contact sans port bon ÉPI)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	2^e choix – TdeS non protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit être asymptomatique au moment du retour au travail ▶ Doit avoir un test TAAN-labo négatif juste avant le retour au travail ▶ Dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, section 7 ▶ Autosurveillance des symptômes, section 6
	En communauté (contact ponctuel avec le cas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire limité avec le cas (cas s'isole)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif le plus tôt possible ▶ Poursuivre dépistage chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire en continu avec le cas (cas ne s'isole pas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	1^{er} choix – TdeS partiellement protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif 3^e choix – TdeS non protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif	

^A Excluant TdeS considéré protégé (épisode antérieur de COVID-19 confirmé par TAAN-labo à partir du 20 décembre 2021) qui ne requiert aucun retrait ni dépistage.

9.2 Retour précoce d'un travailleur de la santé qui est un cas de COVID-19

Advenant la poursuite des enjeux d'accès aux services malgré le retour au travail des contacts (tableau précédent, section 9.1), le retour au travail précoce de TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique (ou avec une amélioration du tableau clinique) et partiellement protégé ou non protégé est possible. Toutefois, les évidences scientifiques indiquent que la durée de contagiosité du variant Omicron, prédominant actuellement, demeure à 10 jours tel que décrit dans l'avis du CINQ (CINQ, 2022b). L'application de ces recommandations lors d'accès compromis aux services sur les unités de soins hébergeant des usagers immunosupprimés ou pouvant être plus susceptibles de développer la forme sévère de la COVID-19 devrait se faire avec la plus grande prudence.

Cette décision doit être prise en considérant le risque de transmission dans le milieu de soins, la vulnérabilité de la clientèle ainsi que les impacts du manque de travailleurs. Afin de guider la prise de décision, rappelons que, selon les données de la littérature, de 50 à 60 % des travailleurs auront probablement un résultat de TDAR positif au jour 5 (voir section *Utilisation des tests pour suivre l'infectiosité des personnes infectées*).

		MESURES POUR LE RETOUR DES CAS DE COVID-19			
		SANS ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES		AVEC ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES	
		TdeS partiellement protégé	TdeS non protégé	Priorisation retour précoce	Conditions requises pour le retour précoce
TdeS infecté	TdeS cas confirmé COVID-19	Retrait 10 jours		<p>4^e choix – TdeS partiellement protégé et non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours ▶ Doit avoir 2 TDAR négatifs (jours 6 et 7) <p>Si l'accès compromis aux services persiste :</p> <p>5^e choix – TdeS partiellement protégé et non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 5 jours minimum ▶ À partir du 5^e jour, effectuer un TDAR quotidien pour avoir 2 TDAR négatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit au moment du retour au travail : absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). ▶ Doit avoir 2 TDAR négatifs avant le retour au travail à 24 heures d'intervalle. Le premier TDAR peut-être un autotest. Le deuxième TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé et peut être effectué le jour du retour au travail. ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail, section 7

Références

Public Health Agency of Canada. (2022, 19 janvier). *Omicron Monitoring Report 6*.

Alberta Health Services. (2022, 7 janvier). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*.
<https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Águila-Mejía, J., Wallmann, R., Calvo-Montes, J., Rodríguez-Lozano, J., Valle-Madrado, T. *et al.* (2022, 20 janvier). Secondary Attack Rates, Transmission, Incubation and Serial Interval Periods of first SARS-CoV-2 Omicron variant cases in a northern region of Spain. Research Square. Préppublication. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1279005/v1>

Australian Government Department of health. (2022a, 10 janvier). *Permissions and restrictions for workers in health care settings, Interim guidance*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/permissions-and-restrictions-for-workers-in-health-care-settings-interim-guidance>

Australian Government Department of health. (2022b, 14 janvier). *COVID-19 CDNA National guidelines for public health units, version 6.4*.
[https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/\\$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf)

Australian Government Department of health. (2022c, 5 janvier). *Interim guidance on managing workforce in regards to COVID-19 in aged care*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/interim-guidance-on-managing-workforce-in-regards-to-covid-19-in-aged-care>

Backer, J.A., Eggink, D., Andeweg, S.P., Veldhuijzen, I.K., van Maarseveen, N., *et al.* (2022, 28 janvier). Shorter serial intervals in SARS-CoV-2 cases with Omicron BA.1 variant compared to Delta variant in the Netherlands, 13 – 26 December, 2021. *MedRxiv*. Préppublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.18.22269217>

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.
<https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H. *et al.* (2021, 16 décembre). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. *Eurosurveillance*. 26(50). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.50.2101147>

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 22 septembre). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 2 décembre). *Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing*.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022a, 21 janvier). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022b, 14 janvier). Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance). *Interim guidance on ending isolation and precautions for people with COVID-19*.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021d, 20 décembre). *Omicron variant: what you need to know*.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022e, 7 janvier). *Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States*. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2022f, 16 janvier). *Stay up to date with your vaccines*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021g, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#>

Centers for Disease Control and Prevention (2022h, 21 janvier). *Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html#print>

Centers for Disease Control and Prevention (2021i, 27 décembre). *CDC updates and shortens recommended isolation and quarantine period for general population*. <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s1227-isolation-quarantine-guidance.html>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 22 octobre). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommandations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2022, 21 janvier). *CIQ : Avis complémentaire concernant l'utilité d'une dose de rappel pour les personnes ayant une histoire d'infection par le SRAS-CoV-2 et ayant reçu 2 doses de vaccin*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3199-utilite-dose-rappel-personnes-infection-sras-cov-2.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021, 16 décembre). *CIQ : Pertinence d'une dose de rappel d'un vaccin contre la COVID 19 pour les différentes catégories d'adultes au Québec*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3184-dose-rappel-vaccin-covid19-adultes>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2021a, 20 décembre). *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2022b, 20 janvier). *SRAS-CoV-2 : Avis complémentaire concernant la durée de contagiosité chez les cas confirmés de COVID-19 du variant Omicron dans les milieux de soins* [document inédit]. Institut national de santé publique du Québec.

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

De Serres, G., Febriani, Y., Ouakki, M., Talbot, D., Gilca, R., Deceuninck, G. *et al.* (2022, 16 février). *Efficacité du vaccin contre la COVID-19 causée par le variant Omicron au Québec, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/vaccination/efficacite-omicron>

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. <https://doi.org/10.1111/imj.14859>

European Center for disease control and prevention. (2021a, 28 octobre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021b, 9 février). *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – sixth update*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>

European Center for disease control and prevention. (2022c, 7 janvier). *Guidance on quarantine of close contacts to COVID-19 cases and isolation of COVID-19 cases, in the current epidemiological situation, 7 January 2022.* <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/quarantine-and-isolation>

Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance — Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1167-1169. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm>

Gouvernement du Québec. (2022, 25 janvier). *Tableau de bord de la situation au Québec.* https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-382W_infographie_sommaire-executif.jpg?1631545316

Hay, J., Kissler, S., Fauver, J.R., Mack, C., Tai, C.G. *et al.* Viral dynamics and duration of PCR positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant. (2022, 13 janvier). *Harvard Library.* https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/37370587/omicron_ct.1-13-22.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Helmsdal, G., Hansen, O.K., Moller, L.F., Christianson, D.H., Petersen M.S. *et al.* (2021, 22 décembre). Omicron outbreak at a private gathering in the Faroe Islands, infecting 21 of 33 triple-vaccinated healthcare workers. *MedRxiv.* <https://doi.org/10.1101/2021.12.22.21268021>

Institut national de santé publique du Québec. (2021a, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie.* <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2022b, 6 janvier). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.* <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021c, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19.* <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2022d). *Données sur les variants du SRAS-CoV-2 au Québec.* <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>

Jansen, L., Tegomoh, B., Lange, K., Showalter, K., Figliomeni, K. *et al.* (2021, 31 décembre). Investigation of a SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) Variant Cluster.-Nebraska, November–December 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 70(51-52). <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm705152e3-H.pdf>

Kohmer, N., Toptan, T., Pallas, C., Karaca, O., Pfeiffer, A., Westhaus S., *et al.* The Comparative Clinical Performance of Four SARS-CoV-2 Rapid Antigen Tests and Their Correlation to Infectivity In Vitro *J. Clin. Med.* 2021, 10, 328. <https://doi.org/10.3390/jcm10020328>

Kremer, C., Braeye, T., Proesmans, K., André, E., Torneri, A. *et al.* (2022, 28 janvier). Observed serial intervals of SARS-CoV-2 for the Omicron and Delta variants in Belgium based on contact tracing data, 19 November to 31 December 2021. *MedRxiv.* Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.28.22269756>

Lyngse, F.P., Mortensen, L.V., Denwood, M.J., Christiansen, L.E., Moller, C.H. *et al.* (2021, 22 décembre). SARS-CoV-2 Omicron VOC transmission in danish households. *MedRxiv.* Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278>

Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>

McKay SL, Tobolowsky FA, Moritz ED, Hatfield KM, Bhatnagar A, LaVoie SP, *et al.*; CDC Infection Prevention and Control Team and the CDC COVID-19 Surge Laboratory Group. Performance evaluation of serial SARS-CoV-2 rapid antigen testing during a nursing home outbreak. *Ann Intern Med.* 2021;174:945–51. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>

Moderna. (2020, 17 décembre). *FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Moline H.L., Whitaker M., Deng L., *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing Hospitalization Among Adults Aged ≥65 Years – COVID-NET, 13 States, February–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1088-1093. DOI: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e3.htm>

Ministry of Health Ontario (2022a, 12 janvier). *Document d'orientation provisoire sur la COVID-19 : Gestion des pénuries de personnel essentiel dans les milieux les plus à risque dans la foulée de la recrudescence liée au variant Omicron*. https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/early_return%20to%20work.pdf

Ministry of Health Ontario (2022b, 13 janvier). *COVID-19 Integrated testing & case, contact and outbreak management interim guidance: Omicron surge*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts_omicron.pdf

Perkmann, T., Perkmann-Nagele, N., Koller, T., Mucher, P., Radakovics, A., *et al.* (2021, 1^{er} août). Serum antibody response to BNT162b2 after natural SARS-CoV-2 infection. *European Journal of Clinical Investigation*. 2021;51(11). <https://doi.org/10.1111/eci.13632>

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). *FDA Briefing document Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Public Health England-United Kingdom Health Security Agency. (2022a, 14 janvier). *SARS-CoV-2 variants of concerns and variants under investigation in England – Technical briefing 34*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1050236/technical-briefing-34-14-january-2022.pdf

Public Health England (2022b, 17 janvier). *COVID-19: management of staff and exposed patients or residents in health and social care settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Quach, C., Blanchard, A.C., Lamarche, J., Audy, N. et Lamarre, V. (2022, 23 janvier). Should healthcare workers with SARS-CoV-2 household exposures work? A cohort study. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.23.22269719>

Smith, R.L., Gibson, L.L., Martinez, P.P., Ke, R., Mirza, A. *et al.* (2021, 30 juin). Longitudinal assessment of diagnostic test performance over the course of acute SARS-CoV-2 infection, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 224, Issue 6, 15 September 2021, Pages 976–982, <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab337>

Stiefel, U., Bhullar, D., Zabarasky, T., Palmieri, N.F., Diaz, K.D., *et al* (2022, 9 février). Healthcare personnel frequently have positive severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 antigen tests 5 days or more after diagnosis of coronavirus disease 2019, *Infection Control & Hospital Epidemiology*, DOI: 10.1017/ice.2022.21. Prépublication

Swissnoso. (2020a, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021b, 20 mai), *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Swissnoso. (2021c, 22 décembre). *Prise de position provisoire de Swissnoso sur les mesures préventives supplémentaires dans les hôpitaux de soins aigus concernant le variant Omicron du SRAS-CoV-2*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2112_22_FR_Swissnoso_interim_position_additional_measures_omicron_fin.pdf

Swissnoso. (2022d, 14 janvier). *Consensus des experts de Swissnoso pour des mesures d'accompagnement supplémentaires alignées sur la durée réduite des isolements et quarantaines dus au COVID-19.* https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/22011_4_SN_consensus_mesures_supplementaires_duree_reduite_des_isolements_et_quarantaines_FR.pdf

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

World Health Organization. (2020, 30 octobre). *Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19.* <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. *et al.* (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

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

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

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

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

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

Noémie Savard
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

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

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

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

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

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
4.2	2022-03-25	► Mise à jour pour le retour précoce d'un TdeS confirmé COVID-19 lors d'accès compromis aux services
4.1	2022-02-25	► Mise à jour partielle données sur l'efficacité vaccinale ► Ajout utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées ► Mise à jour test requis pour le retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service
4.0	2022-01-28	► Révision des retraits préventifs pour les contacts domiciliaires. ► Révision de la priorisation du retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service. ► Retrait des documents de référence pour la gestion des cas et contacts en communauté et de réinfection.
3.1	2022-01-06	► Mise à jour partielle des données en lien avec Omicron. ► Ajout section Rupture de service et retour de travailleurs de la santé.
3.0	2021-12-21	► Ajout définitions types de test. ► Révision des catégories de protection. ► Révision des recommandations selon les catégories de protection.
2.0	2021-09-14	► Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale. ► Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30	► Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15	► Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé. ► Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers
Josée Massicotte, médecin-conseil
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3141

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

1^{er} avril 2022 – version 4.3. Modifications apportées en jaune

Sommaire

Principales modifications	2
Préambule	2
Définitions	7
1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins	9
2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	11
3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation	12
4 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	13
5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19	14
6 Autosurveillance des symptômes	15
7 Auto-isolement au travail	15
8 Isolement préventif avec retrait du travail	16
9 Accès compromis aux services et retour de travailleurs de la santé	17

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

- ▶ Selon les données du programme de surveillance des variants au Québec (basé sur les données de criblage du LSPQ et de laboratoires sentinelles), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que la prévalence du variant Omicron (B.1.1.529) au Québec était de 100 % en date du 16 janvier 2022 (INSPQ, 2022d).
- ▶ Présentement les données disponibles sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron ne permettent plus de considérer une personne ayant reçue deux doses de vaccin à ARNm comme étant adéquatement protégée contre l'infection par ce variant.
- ▶ Dans le contexte des connaissances actuelles, le CINQ recommande actuellement de considérer **les personnes ayant fait la maladie depuis 3 mois et moins comme considérées protégées.**
- ▶ Le **travailleur de la santé (TdeS) doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)**, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains). L'**usager doit porter le masque médical** lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne même lorsqu'hospitalisé.
- ▶ Une nouvelle section, section 9, a été ajoutée pour résumer la gestion des TdeS avec ou sans accès compromis aux services.

Principales modifications

- ▶ Révision de la catégorie de protection « considéré protégé » pour inclure un épisode de COVID-19 antérieur survenu il y a 3 mois et moins.
- ▶ Ajout d'une définition sur le calcul de la durée de l'isolement ou du retrait.

Préambule

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

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise en fonction du type d'exposition, du port d'ÉPI ainsi que de leur statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination).

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés et des TdeS confirmés. Lors d'un contact avec un cas unique confirmé de COVID-19 ou lors d'une éclosion de COVID-19 en milieu de soins, se référer aux documents suivants selon le milieu concerné :

- ▶ Milieux de soins de longue durée : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée](#)
- ▶ Autres milieux de soins : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins](#).

Ces documents précisent les dépistages requis chez les TdeS dans le but de rechercher la source du cas ou d'une éclosion et de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins. Advenant qu'un TdeS ait eu un bris dans le port d'ÉPI, d'autres mesures telles que des dépistages additionnels sont requises et disponibles à la section 1 du présent document. À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS protégé, partiellement protégé ou non protégé (voir section définitions). Ces recommandations seront modifiées selon l'évolution des données scientifiques.

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté.

Dans une démarche de gestion des risques, il est possible que, dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage. De même, en considérant l'impact du manque de travailleurs pouvant compromettre l'accès aux services, des TdeS qui sont des cas de COVID-19 pourraient être rappelés à retourner au travail plus rapidement. Les options, par ordre de priorité, sont présentées à la section 9 du présent document. À noter qu'il appartient aux autorités ministérielles de définir la notion d'accès compromis aux services afin d'en harmoniser l'application.

Incubation et contagiosité du variant Omicron

- ▶ Les données provenant d'études récentes faites auprès de travailleurs de la santé ou de personnes exposées à des cas infectés par le variant Omicron ont permis de constater que la durée médiane d'incubation est plus courte que celle des autres variants, se situant autour de 3 jours (intervalle entre 0 à 8 jours selon les références) (Kremer *et al.*, 2022; Backer *et al.*, 2022; Àguila-Mejia *et al.*, 2022; Helmsdal *et al.*, 2021; Jansen *et al.*, 2021; Brandal *et al.*, 2021).
- ▶ Quelques études ont tenté d'évaluer la durée d'excrétion du virus chez les personnes infectées par le variant Omicron que ce soit par PCR ou par culture virale. Les conclusions de ces différentes études sont que la quantité d'ARN viral mesurée est à son pic entre 3 et 6 jours après le début des symptômes ou le diagnostic et diminue progressivement par la suite (CINQ, 2022b). L'étude de Hay (Hay *et al.*, 2022) a démontré une durée moyenne d'excrétion de 10 jours ce qui est comparable à la durée d'excrétion observée avec les autres variants.

Le niveau de protection offert par la vaccination

Plusieurs études publiées récemment portent sur les données d'estimation de l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron. Voici ce qui ressort de ces études (ASPC, 2022; CIQ, 2022) :

- ▶ L'efficacité contre une infection symptomatique ou non après une première série vaccinale (2 doses de vaccin ARNm) est faible, de l'ordre d'environ 30 à 40 % selon les études et tend à diminuer dans le temps.
- ▶ L'efficacité d'une dose de rappel (par un vaccin ARNm) à 3 mois ou plus après la dernière dose de la série vaccinale primaire a le potentiel de rehausser l'efficacité à prévenir les infections par le variant Omicron à des niveaux de l'ordre de 60 à 75 %.
- ▶ L'efficacité à prévenir l'hospitalisation après avoir reçu 2 doses de vaccin ARNm se situe entre 70 et 78 % et tend à s'améliorer après une dose de rappel pour atteindre 83 à 94 %.

Les résultats préliminaires d'une [étude québécoise](#) réalisée du 26 décembre 2021 au 5 février 2022, afin d'évaluer l'efficacité du vaccin ARNm face au variant Omicron, démontrent que l'efficacité après avoir reçu une dose de rappel (3 doses) est supérieure comparativement à 2 doses (De Serres *et al.*, 2022) :

- ▶ Cette efficacité à prévenir les infections sévères à la COVID-19 et l'hospitalisation était d'environ 80 % après 2 doses et de 90 % après 3 doses.
- ▶ L'efficacité du vaccin à prévenir une consultation à l'urgence était d'environ 60 % après 2 doses et de 85 % après 3 doses.
- ▶ Finalement, l'efficacité à prévenir une maladie légère, qui n'a pas entraîné de consultation, était d'environ 45 % après 2 doses et de 80 % après 3 doses.

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

- ▶ La réponse immunitaire d'un individu lors d'une infection résulte en la production d'anticorps (immunité humorale) et l'activation des lymphocytes (immunité cellulaire) qui seront dirigés contre plusieurs parties du virus. Plusieurs études ont démontré que les personnes ayant été infectées par le SRAS-CoV-2 ont des anticorps neutralisants qui vont persister jusqu'à 12 mois chez la plupart des individus **témoignant de la robustesse de la réponse immunitaire après l'infection.** (CIQ, 2022).
- ▶ Dans une étude de cohorte rétrospective, Peltan *et al.* (2021) ont utilisé les données cliniques et les résultats quantitatifs de TAAN des patients ayant eu un deuxième test positif plus de 60 jours après le premier (intervalle médian de 86 jours), afin de catégoriser les cas de réinfection potentielle. Selon la combinaison des données cliniques et des valeurs de Ct observées, seulement 3,5 % (4 sur 114 patients) rencontraient les critères de réinfection probable. En incluant 6 patients additionnels (5,3 %) pouvant correspondre à une réinfection possible, seulement 0,04 % des cas avec une primo-infection de COVID-19 répondaient aux critères de réinfection.
- ▶ La protection relative conférée par une infection antérieure est d'au moins de 81 % jusqu'à 5 à 7 mois post-infection selon de nombreuses études épidémiologiques (Hall *et al.*, 2021; Hansen *et al.*, 2021; Lumley *et al.*, 2020; Sheehan *et al.*, 2021; ECDC, 2021d; Santé publique Ontario, 2021; ASPC, 2021). Toutefois, des études récentes ont démontré une mémoire immunitaire (anticorps et cellules mémoires B et T) pouvant aller jusqu'à 12 mois (Petersen *et al.*, 2021; Laing *et al.*, 2021, Yao *et al.*, 2021).
- ▶ Les personnes ayant eu un épisode récent (≤ 3 mois) de COVID-19 sont présumées avoir été infectées par le variant Omicron. En se basant sur les données recueillies par le LSPQ, la proportion de cas du variant Omicron au Québec était de 100 % à partir de la semaine du 16 janvier 2022. La prévalence du variant Omicron (B.1.1.529), sous-lignée BA.2 représente 64,7 % pour la semaine du 20 au 27 mars 2022. Selon les données et études préliminaires, la virulence de même que le potentiel d'échappement immunitaire de la sous-lignée BA.2 seraient similaires à ceux de la sous-lignée BA.1.
- ▶ À des fins d'intervention, le Cinq a décidé de considérer une durée d'immunité jusqu'à 3 mois post-infection.

Efficacité de la vaccination chez les personnes déjà infectées

- ▶ De nombreuses études portant sur la réponse immunitaire après la vaccination chez des personnes ayant déjà fait l'infection au SRAS-CoV-2 ont démontré qu'une dose de vaccin à ARNm fait augmenter la quantité d'anticorps mais aussi l'intensité de la réponse cellulaire. Ainsi les titres d'anticorps observés après une dose de vaccin à ARNm chez ces personnes sont comparables ou même plus élevés que chez des individus ayant reçu 2 doses de vaccin sans avoir fait l'infection. Les titres en anticorps les plus élevés ont été retrouvés chez les personnes préalablement infectées qui ont ensuite reçu 2 doses de vaccin (CIQ, 2022; Perkmann *et al.*, 2021). On ne sait pas si une 3e dose augmentera davantage la réponse immunitaire chez ces individus (CIQ, 2022).
- ▶ Une personne infectée par le variant Omicron, survenant chez une personne déjà immunisée (suite à une infection antérieure ou par la vaccination), va très probablement développer un haut niveau de protection contre une réinfection par le variant Omicron, mais également contre les souches appartenant à des lignées antérieures. Toutefois, la durée de l'immunité conférée demeure incertaine dans l'attente de nouvelles données scientifiques portant sur cet aspect (CIQ, 2022).

Données sur la transmission lors de contact domiciliaire

- ▶ Une étude au Danemark (Lyngse *et al.*, 2021) a comparé le taux d'attaque secondaire parmi les contacts domiciliaires de cas infectés par le variant Delta et ceux infectés par le variant Omicron (B.1.1.529). Les résultats sont les suivants :
 - ▶ le taux d'attaque secondaire est plus élevé lorsque le cas primaire est causé par le variant Omicron (31 %) par rapport au variant Delta (21 %);
 - ▶ cette différence dans les taux d'attaque résulte d'une certaine diminution de la protection conférée par la vaccination contre le variant Omicron considérant les taux d'attaques secondaires parmi les contacts vaccinés 2 doses (32 % pour l' Omicron vs 19 % pour le Delta) et les contacts ayant reçu une dose de rappel (25 % pour l' Omicron et de 11 % pour le Delta), alors que la proportion d'infection secondaire chez les individus non vaccinés était comparable (29 % pour le variant Omicron vs 28 % pour le Delta).
- ▶ Une étude de cohorte a été menée au Québec (Quach *et al.*, 2022), portant sur les infections secondaires survenues parmi 475 TdeS ayant des contacts domiciliaires avec des cas de COVID avec le variant Omicron (entre le 20 décembre 2021 et le 17 janvier 2022). Parmi les TdeS exposés, 50 % (238 sur 475) sont devenus positifs, dont 82 % ont été trouvés positifs lors du test initial. Parmi les 279 TdeS contacts domiciliaires maintenus au travail, 42 (15 %) sont devenus positifs avec une médiane de 4 jours après le test initial. Aucune transmission nosocomiale n'a été observée parmi la clientèle et les autres TdeS de cet hôpital.

Utilisation de test de dépistage ou diagnostique pour le SRAS-CoV-2

- ▶ Pour les TdeS, l'utilisation du test de dépistage par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) effectué en laboratoire (TAAN-labo) est priorisée.
- ▶ En cas de pénurie de TAAN-labo, le TAAN rapide hors laboratoire (ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) pourrait être utilisé chez les TdeS symptomatiques. L'utilisation de tout test rapide de détection antigénique ou autotest n'est pas recommandée pour la gestion des TdeS exposés ou asymptomatiques.
- ▶ Si un TdeS a obtenu un résultat positif ou négatif d'un test rapide de détection antigénique (TDAR) que ce soit à des fins diagnostiques en présence de symptômes ou comme test de dépistage en post-exposition et asymptomatique, ce TdeS devra faire un nouveau test par TAAN-labo. Cette recommandation ne s'applique pas au TdeS non vacciné qui a des dépistages systématiques mis en place par le MSSS.

Utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées

- ▶ Plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre différents tests, soit le TAAN-labo, les TDAR et la culture virale, afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Il est convenu que la charge virale diminue avec le temps suite à un épisode de COVID-19. La culture virale est considérée comme étant un bon indicateur pour suivre la capacité du virus à infecter des cellules (contagiosité), mais, étant donné, entre autres, le fait qu'elle doit être réalisée en laboratoire spécialisé ainsi que le délai d'obtention des résultats, elle ne peut être utilisée au cas par cas pour déterminer l'infectiosité d'un TdeS à un moment précis. Des comparaisons avec la culture virale montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle alors que la positivité des TDAR semble mieux corrélée avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN (Currie *et al.*, 2022, Kohmer *et al.*, 2021, McKay *et al.*, 2021).
- ▶ Par conséquent, l'obtention de résultats de 2 TDAR négatifs réalisés à 24 heures d'intervalle nous semble être un meilleur indicateur afin d'évaluer la persistance de l'infectiosité que l'obtention d'un TAAN-labo négatif. Ainsi, le TDAR pourrait être utilisé, advenant la nécessité d'un retour au travail d'un TdeS confirmé

COVID-19, partiellement protégé ou non protégé et asymptomatique (ou avec une amélioration du tableau clinique), avant la fin de sa période de 10 jours d'isolement à la maison (voir [section 9](#)).

- ▶ Deux études américaines présentent un suivi temporel de la positivité de certains TDAR après l'infection. Ainsi, près de 50 à 60 % des résultats de TDAR dans ces études sont encore positifs au jour 5, environ 20 % au jour 7 et moins de 10 % au jour 10 (Smith *et al*, 2021; Stiefel *et al*, 2022).

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Pour la gestion des expositions dans ce document, ce cas peut être :

- ▶ **Cas confirmé** : détection d'acides nucléiques du SRAS-CoV-2 (TAAN+).
- ▶ **Cas confirmé par lien épidémiologique** : symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevé avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité.
- ▶ **Cas probable** : a un test d'antigènes positif pour le SRAS-CoV-2 (TDAR+) ET qui présente des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19 OU a eu un contact étroit avec un cas de COVID-19 OU a été exposé à un milieu en éclosion.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Durée de l'isolement ou retrait : Le calcul s'effectue en jours complétés (par période de 24 heures). Par exemple, pour un isolement de 10 jours qui débute le 1^{er} avril à 16 h, vous comptez 10 jours complets d'isolement. Le retour au travail est possible (si les conditions de levée d'isolement sont respectées) à partir du 11 avril à 16 h.

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux.
- ▶ CHSLD et certains autres milieux de vie comportent des unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (p. ex. : RPA, RI, RTF).
- ▶ Centres de réadaptation.
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Tests de dépistage ou diagnostique

- ▶ **TAAN laboratoire (TAAN-labo)** : test TAAN effectué en laboratoire.
- ▶ **TAAN rapide au point de service** : test d'amplification des acides nucléiques (p. ex. : ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) réalisé hors laboratoire et autorisé par Santé Canada à cette fin.

- ▶ **Test de détection antigénique rapide (TDAR)** : test rapide réalisé hors laboratoire. (p. ex. : Panbio^{MD}, BD Veritor^{MD}, BTNX^{MD}). Ces tests ne sont pas tous égaux. Ils ont en général une bonne spécificité, mais une sensibilité moindre, lorsque comparés au TAAN-labo. Certaines de ces épreuves sont autorisées par Santé Canada pour une utilisation comme épreuve de biologie médicale délocalisée au point de service, d'autres sont autorisés en autotest.

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré protégé contre l'infection (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ A fait un épisode de COVID-19 **≤ 3 mois** (vacciné ou non) :
 - ▶ confirmé par TAAN-labo ou
 - ▶ avec TDAR positif ET histoire fiable sur l'exposition, les symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 et la date de test ou
 - ▶ confirmé par lien épidémiologique : symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevé avec un cas confirmé par TAAN-labo ou avec TDAR positif.

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé contre l'infection, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ Primovaccination complète, avec ou sans dose de rappel :
 - ▶ 2 doses de vaccin COVID-19 ARNm ou vecteur viral ET ≥ 7 jours après la 2^e dose OU
 - ▶ 1 dose de vaccin COVID-19 Johnson & Johnson suivie d'une dose de vaccin COVID-19 ARNm ET ≥ 7 jours après la 2^e dose.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo **> 3 mois** et ≤ 6 mois, vacciné ou non.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 6 mois et ≤ 12 mois, primovaccination incomplète.

Travailleur de la santé considéré non protégé contre l'infection, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants :

- ▶ Primovaccination incomplète.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 6 mois et ≤ 12 mois ET non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET non vacciné ou primovaccination incomplète.
- ▶ Aucune vaccination et aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo.
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non.

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : TdeS ne portait PAS adéquatement l'ÉPI recommandé : APR de type N-95 ET protection oculaire	Aucun retrait du travail ni dépistage.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Respect des mesures en communauté.
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS ne portait PAS adéquatement masque médical ^A			

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

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins (suite)

	Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Avec IMGA	Contact lors d'une IMGA : TdeS portait adéquatement APR de type N-95 ET portait adéquatement protection oculaire			
Sans IMGA	Contact étroit (< 2 mètres) et prolongé (> 10 minutes cumulées) : TdeS portait adéquatement masque médical ^A	Aucun retrait du travail ni dépistage.		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Si un TdeS est soumis à des tests de dépistage pour autre raison, poursuivre ces dépistages. ▶ Respect des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4.
	Contact étroit (< 2 mètres) et non prolongé (≤ 10 minutes cumulées)			

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

2 Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté

Advenant une exposition en communauté concernant un TdeS et qu'un isolement préventif à la maison soit requis selon la [directive ministérielle](#), il est convenu que dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du **travail** considérant l'ensemble des mesures de mitigation des risques en place dans les milieux de soins.

<p>TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois</p>	<p>TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète</p>	<p>TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.</p>
<p>Aucun retrait du travail ni dépistage</p>	<p>AVEC contact ponctuel avec le cas (sans contact domiciliaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. <p>AVEC contact domiciliaire limité (le cas est capable de s'isoler)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail jusqu'au premier test TAAN-labo négatif fait le plus tôt possible ▶ Poursuivre dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. <p>AVEC contact domiciliaire avec exposition en continu avec le cas (le cas n'est pas capable de s'isoler)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail et isolement préventif à la maison pour 7 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer section 5; négatif, maintien au travail. ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Respect des mesures en communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours, référer section 8. ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Conduite à tenir selon les résultats : positif, référer à section 5; négatif, poursuivre isolement préventif. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. Si symptomatique, référer section 4. ▶ Respect des mesures en communauté.

3 Travailleur de la santé asymptomatique ayant autre type d'exposition ou autre situation

Type d'exposition au cas confirmé de COVID-19	TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
Contact d'un contact asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail, peu importe le statut immunitaire. Ces recommandations sont pour le travail en milieu de soins considérant que le TdeS porte un masque médical et que des mesures de PCI sont en place. ▶ Respect des mesures en communauté. 		
Contact d'un voyageur asymptomatique			
Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) ou d'un cas suspecté			
Aucune exposition identifiée	Aucune mesure. Si un test est réalisé (p. ex. : dépistage systématique), aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail.		
Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail.	À adapter selon le niveau d'exposition du TdeS, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut rentrer au travail avec respect strict des mesures. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté. 	
Voyageurs	Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).		

4 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)

TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ni dépistage en lien avec le SRAS-CoV-2. ▶ Envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic. 	<p>Isolement à la maison.</p> <p>Effectuer TAAN-labo dès l'apparition des symptômes. Conduite à tenir selon les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : référer à section 5. ▶ Négatif = Était préalablement en retrait du travail (isolement préventif) : poursuivre l'isolement préventif. Suivre les indications à la section correspondant à l'isolement préventif déjà en place. <ul style="list-style-type: none"> ▶ N'était pas en retrait du travail (isolement préventif) : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires). ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats. ▶ Si nécessaire, envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic. 	

5 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

TdeS considéré protégé Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois	TdeS considéré partiellement protégé Primovaccination complète avec ou sans dose de rappel, épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois, épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois avec primovaccination incomplète	TdeS considéré non protégé Primovaccination incomplète, épisode de COVID-19 > 6 mois à ≤ 12 mois non vacciné, épisode de COVID-19 > 12 mois non vacciné ou primovaccination incomplète, aucun épisode de COVID-19 et non vacciné, immunosupprimé vacciné ou non, avec ou sans épisode de COVID-19 confirmé.
<p>Ayant un nouveau test positif depuis son épisode de COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintien au travail ▶ Respect strict des mesures de PCI. ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail, référer section 7. ▶ Autosurveillance des symptômes pour une durée totale de 14 jours, référer section 6. 	<p>Travailleur de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p>	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^A (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p> <p>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 14 jours avec deux TDAR^B négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés. <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (p. ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR^B 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 du TdeS est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (p. ex. : Décadron et Tocilizumab) est aussi à évaluer par l'équipe traitante.

^A Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement 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.

^B Le TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé. L'autotest n'est pas valable pour cesser un isolement.

6 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 4](#).

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>.

7 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 10 jours suivant la dernière exposition

- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

8 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS** :

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 4](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes (référer [section 6](#)).
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 10 jours (p. ex. : TdeS critique), celui-ci doit tout de même [respecter les mesures en communauté](#) après le quart de travail.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>.

9 Accès compromis aux services et retour de travailleurs de la santé

Cette section présente les recommandations concernant le retour au travail précoce des TdeS lors d'enjeux d'accès aux services. Un résumé des recommandations décrites dans les sections précédentes, sans enjeu d'accès aux services, est également présenté.

La décision d'appliquer les recommandations lorsque l'accès aux soins est compromis ou que la situation représente un risque pour la sécurité des usagers doit se prendre selon une gestion de risque qui dépasse les activités de la prévention et du contrôle des infections. L'ordonnancement du retour au travail précoce des TdeS en isolement tient compte d'une gradation du risque que représentent différentes situations allant d'un moindre risque jusqu'aux situations dont le risque pour les autres TdeS et usagers semble plus important. L'ordre de retour au travail suivant est proposé :

1 ^{er} choix	TdeS partiellement protégé et contact domiciliaire en continu avec le cas	Voir tableau section 9.1
2 ^e choix	TdeS non protégé et contact en milieu de soins ou en communauté (sauf contact continu à domicile)	
3 ^e choix	TdeS non protégé et contact domiciliaire en continu avec le cas	
4 ^e choix	TdeS cas confirmé de COVID-19	Voir tableau section 9.2
5 ^e choix		

La décision de retourner au travail des travailleurs ayant été en contact avec un cas de COVID ou étant eux-mêmes des cas de COVID-19 confirmés devrait être modulée en fonction du contexte de travail qui prévaut dans le milieu où le travailleur est assigné. Cette mesure d'exception devrait s'accompagner de mesures de mitigation du risque pour éviter une transmission vers les autres travailleurs de la santé et les usagers.

9.1 Retour précoce d'un travailleur de la santé qui est un contact

Le premier choix lors d'accès compromis aux services, est le retour précoce des **contacts** tel que détaillé dans ce tableau :

		MESURES POUR LE RETOUR DES CONTACTS			
		MESURES SANS		MESURES AVEC	
		ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES ^A		ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES	
		TdeS partiellement protégé	TdeS non protégé	Priorisation retour précoce	Conditions requises pour le retour précoce
TdeS avec exposition	En milieu de soins (contact sans port bon ÉPI)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	2^e choix – TdeS non protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit être asymptomatique au moment du retour au travail ▶ Doit avoir un test TAAN-labo négatif juste avant le retour au travail ▶ Dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, section 7 ▶ Autosurveillance des symptômes, section 6
	En communauté (contact ponctuel avec le cas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire limité avec le cas (cas s'isole)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif le plus tôt possible ▶ Poursuivre dépistage chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire en continu avec le cas (cas ne s'isole pas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	1^{er} choix – TdeS partiellement protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif 3^e choix – TdeS non protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif	

^A Excluant TdeS considéré protégé (épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois) qui ne requiert aucun retrait ni dépistage.

9.2 Retour précoce d'un travailleur de la santé qui est un cas de COVID-19

Advenant la **poursuite des enjeux d'accès aux services** malgré le retour au travail des contacts (tableau précédent, section 9.1), le retour au travail précoce de TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique (ou avec une amélioration du tableau clinique) et partiellement protégé ou non protégé est possible. Toutefois, les évidences scientifiques indiquent que la durée de contagiosité du variant Omicron, prédominant actuellement, demeure à 10 jours tel que décrit dans l'avis du CINQ (CINQ, 2022b). L'application de ces recommandations lors d'accès compromis aux services sur les unités de soins hébergeant des usagers immunosupprimés ou pouvant être plus susceptibles de développer la forme sévère de la COVID-19 devrait se faire avec la plus grande prudence.

Cette décision doit être prise en considérant le risque de transmission dans le milieu de soins, la vulnérabilité de la clientèle ainsi que les impacts du manque de travailleurs. Afin de guider la prise de décision, rappelons que, selon les données de la littérature, de 50 à 60 % des travailleurs auront probablement un résultat de TDAR positif au jour 5 (voir section *Utilisation des tests pour suivre l'infectiosité des personnes infectées*).

		MESURES POUR LE RETOUR DES <u>CAS</u> DE COVID-19			
		SANS ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES		AVEC ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES	
		TdeS partiellement protégé	TdeS non protégé	Priorisation retour précoce	Conditions requises pour le retour précoce
TdeS infecté	TdeS cas confirmé COVID-19	Retrait 10 jours		<p>4^e choix – TdeS partiellement protégé et non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours ▶ Doit avoir 2 TDAR négatifs (jours 6 et 7) <p>Si l'accès compromis aux services persiste :</p> <p>5^e choix – TdeS partiellement protégé et non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 5 jours minimum ▶ À partir du 5^e jour, effectuer un TDAR quotidien pour avoir 2 TDAR négatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit au moment du retour au travail : absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). ▶ Doit avoir 2 TDAR négatifs avant le retour au travail à 24 heures d'intervalle. Le premier TDAR peut-être un autotest. Le deuxième TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé et peut être effectué le jour du retour au travail. ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail, section 7

Références

Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2022, 19 janvier). *Omicron Monitoring Report 6*.

Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2021, 4 avril). *Emerging Science Group of the Public Health Agency of Canada. COVID Brief: Protective immunity post-COVID-19 infection*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-4-april-2021/ccdrv47i04a10-eng.pdf>

Alberta Health Services. (2022, 7 janvier). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Águila-Mejía, J., Wallmann, R., Calvo-Montes, J., Rodríguez-Lozano, J., Valle-Madrado, T. *et al.* (2022, 20 janvier). Secondary Attack Rates, Transmission, Incubation and Serial Interval Periods of first SARS-CoV-2 Omicron variant cases in a northern region of Spain. Research Square. Préppublication. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1279005/v1>

Australian Government Department of health. (2022a, 10 janvier). *Permissions and restrictions for workers in health care settings, Interim guidance*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/permissions-and-restrictions-for-workers-in-health-care-settings-interim-guidance>

Australian Government Department of health. (2022b, 14 janvier). *COVID-19 CDNA National guidelines for public health units, version 6.4*. [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/\\$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf)

Australian Government Department of health. (2022c, 5 janvier). *Interim guidance on managing workforce in regards to COVID-19 in aged care*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/interim-guidance-on-managing-workforce-in-regards-to-covid-19-in-aged-care>

Backer, J.A., Eggink, D., Andeweg, S.P., Veldhuijzen, I.K., van Maarseveen, N., *et al.* (2022, 28 janvier). Shorter serial intervals in SARS-CoV-2 cases with Omicron BA.1 variant compared to Delta variant in the Netherlands, 13 – 26 December, 2021. *MedRxiv*. Préppublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.18.22269217>

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. <https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H. *et al.* (2021, 16 décembre). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. *Eurosurveillance*. 26(50). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.50.2101147>

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 22 septembre). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 2 décembre). *Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022a, 21 janvier). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022b, 14 janvier). Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance). *Interim guidance on ending isolation and precautions for people with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021d, 20 décembre). *Omicron variant: what you need to know*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022e, 7 janvier). *Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States*. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2022f, 16 janvier). *Stay up to date with your vaccines*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021g, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#>

Centers for Disease Control and Prevention (2022h, 21 janvier). *Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html#print>

Centers for Disease Control and Prevention (2021i, 27 décembre). *CDC updates and shortens recommended isolation and quarantine period for general population*. <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s1227-isolation-quarantine-guidance.html>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 22 octobre). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommandations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2022, 21 janvier). *CIQ : Avis complémentaire concernant l'utilité d'une dose de rappel pour les personnes ayant une histoire d'infection par le SRAS-CoV-2 et ayant reçu 2 doses de vaccin*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3199-utilite-dose-rappel-personnes-infection-sras-cov-2.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021, 16 décembre). *CIQ : Pertinence d'une dose de rappel d'un vaccin contre la COVID 19 pour les différentes catégories d'adultes au Québec*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3184-dose-rappel-vaccin-covid19-adultes>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2021a, 20 décembre). *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2022b, 20 janvier). *SRAS-CoV-2 : Avis complémentaire concernant la durée de contagiosité chez les cas confirmés de COVID-19 du variant Omicron dans les milieux de soins* [document inédit]. Institut national de santé publique du Québec.

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

De Serres, G., Febriani, Y., Ouakki, M., Talbot, D., Gilca, R., Deceuninck, G. *et al.* (2022, 16 février). *Efficacité du vaccin contre la COVID-19 causée par le variant Omicron au Québec, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES* <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/vaccination/efficacite-omicron>

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. <https://doi.org/10.1111/imj.14859>

European Center for disease control and prevention. (2021a, 28 octobre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021b, 9 février). *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – sixth update*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>

European Center for disease control and prevention. (2022c, 7 janvier). *Guidance on quarantine of close contacts to COVID-19 cases and isolation of COVID-19 cases, in the current epidemiological situation, 7 January 2022*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/quarantine-and-isolation>

European Center for disease control and prevention. (2021d, 21 avril). *Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-guidance-benefits-full-vaccination-against-covid-19-transmission>

Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, et al. Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance — Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1167-1169. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm>

Gouvernement du Québec. (2022, 25 janvier). *Tableau de bord de la situation au Québec*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-382W_infographie_sommaire-executif.jpg?1631545316

Hall, V., Foulkes, S., Charlett, A., Atti, A., Monk, E. et al. (2021, 15 janvier). Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020. *medRxiv*. <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.01.13.21249642>

Hansen, C.H., Michlmayr, D., Gubbels, S.M., Mølbak K., Ethelberg S. (2021, 17 mars). Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet* 397(10280), 1204-1212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00575-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00575-4)

Hay, J., Kissler, S., Fauver, J.R., Mack, C., Tai, C.G. et al. Viral dynamics and duration of PCR positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant. (2022, 13 janvier). *Harvard Library*. https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/37370587/omicron_ct.1-13-22.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Helmsdal, G., Hansen, O.K., Møller, L.F., Christianson, D.H., Petersen M.S. et al. (2021, 22 décembre). Omicron outbreak at a private gathering in the Faroe Islands, infecting 21 of 33 triple-vaccinated healthcare workers. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.12.22.21268021>

Institut national de santé publique du Québec. (2021a, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2022b, 6 janvier). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021c, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2022d). *Données sur les variants du SRAS-CoV-2 au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>

Jansen, L., Tegomoh, B., Lange, K., Showalter, K., Figliomeni, K. et al. (2021, 31 décembre). Investigation of a SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) Variant Cluster.-Nebraska, November–December 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 70(51-52). <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm705152e3-H.pdf>

Kohmer, N., Toptan, T., Pallas, C., Karaca, O., Pfeiffer, A., Westhaus S., *et al.* The Comparative Clinical Performance of Four SARS-CoV-2 Rapid Antigen Tests and Their Correlation to Infectivity In Vitro *J. Clin. Med.* 2021, 10, 328. <https://doi.org/10.3390/jcm10020328>

Kremer, C., Braeye, T., Proesmans, K., André, E., Torneri, A. *et al.* (2022, 28 janvier). Observed serial intervals of SARS-CoV-2 for the Omicron and Delta variants in Belgium based on contact tracing data, 19 November to 31 December 2021. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.28.22269756>

Laing, E.D., Epsi, N.J., Richard, S.R., Samuels, E.C., Wang, W. *et al.* (2021, 2 mai). SARS-CoV-2 antibodies remain detectable 12 months after infection and antibody magnitude is associated with age and COVID-19 severity. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.27.21256207>

Lyngse, F.P., Mortensen, L.V., Denwood, M.J., Christiansen, L.E., Moller, C.H. *et al.* (2021, 22 décembre). SARS-CoV-2 Omicron VOC transmission in danish households. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278>

Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>

Lumley, S., Rodger, G., Constantinides, B., Sanderson, N., Chaud K.K., *et al.* (2021, 12 mars). An observational cohort study on the incidence of SARS-CoV-2 infection and B.1.1.7 variant infection in healthcare workers by antibody and vaccination status. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.09.21253218v1.full.pdf+html>

McKay SL, Tobolowsky FA, Moritz ED, Hatfield KM, Bhatnagar A, LaVoie SP, *et al.*; CDC Infection Prevention and Control Team and the CDC COVID-19 Surge Laboratory Group. Performance evaluation of serial SARS-CoV-2 rapid antigen testing during a nursing home outbreak. *Ann Intern Med.* 2021;174:945–51. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>

Moderna. (2020, 17 décembre). *FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Moline H.L., Whitaker M., Deng L., *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing Hospitalization Among Adults Aged ≥65 Years — COVID-NET, 13 States, February–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1088-1093. DOI: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e3.htm>

Ministry of Health Ontario (2022a, 12 janvier). *Document d'orientation provisoire sur la COVID-19 : Gestion des pénuries de personnel essentiel dans les milieux les plus à risque dans la foulée de la recrudescence liée au variant Omicron*. https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/early_return%20to%20work.pdf

Ministry of Health Ontario (2022b, 13 janvier). *COVID-19 Integrated testing & case, contact and outbreak management interim guidance: Omicron surge*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts_omicron.pdf

Peltan, I.D., Beesley, S.J., Webb, B.J., Lopansri, B.K., Sinclair W., *et al.* (2021, 4 mai). Evaluation of potential COVID-19 recurrence in patients with late repeat positive SARS-CoV-2 testing. *PLoS ONE* 16(5): e0251214. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251214>

Perkmann, T., Perkmann-Nagele, N., Koller, T., Mucher, P., Radakovics, A., *et al.* (2021, 1^{er} août). Serum antibody response to BNT162b2 after natural SARS-CoV-2 infection. *European Journal of Clinical Investigation*. 2021;51(11). <https://doi.org/10.1111/eci.13632>

Peterson, M.S., Hansen, C.B., Kristiansen, M. F., Fjallsbak, J.P., Larsen, S. *et al.* (2021, 23 avril). SARS-CoV-2 natural antibody response persists up to 12 months in a nationwide study for the Faroe Islands. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.21255720v2>

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). *FDA Briefing document Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Public Health England-United Kingdom Health Security Agency. (2022a, 14 janvier). *SARS-CoV-2 variants of concerns and variants under investigation in England – Technical briefing 34*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1050236/technical-briefing-34-14-january-2022.pdf

Public Health England (2022b, 17 janvier). *COVID-19: management of staff and exposed patients or residents in health and social care settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Quach, C., Blanchard, A.C., Lamarche, J., Audy, N. et Lamarre, V. (2022, 23 janvier). Should healthcare workers with SARS-CoV-2 household exposures work? A cohort study. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.23.22269719>

Raza, M., Giri, P., Basu, Subhashis. (2022, 27 mars). Surveillance and return to work of healthcare workers following SARS-CoV-2 Omicron variant infection, Sheffield, England, 17 January to 7 February 2022. *Euro Surveill*. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2022.27.11.2200164>

Santé publique Ontario. (2021, 15 avril). *FOCUS ON public health management of COVID-19 exposure post infection*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/03/focus-on-post-infections-public-health-management.pdf?la=en>

Sheehan, M.M., Reddy, A.J., Rothberg, M.B. (2021, 15 mars). Reinfection Rates among Patients who Previously Tested Positive for COVID-19: a Retrospective Cohort Study. *Clinical Infectious Disease*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab234>

Smith, R.L., Gibson, L.L., Martinez, P.P., Ke, R., Mirza, A. et al. (2021, 30 juin). Longitudinal assessment of diagnostic test performance over the course of acute SARS-CoV-2 infection, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 224, Issue 6, 15 September 2021, Pages 976–982, <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab337>

Stiefel, U., Bhullar, D., Zabarasky, T., Palmieri, N.F., Diaz, K.D., et al (2022, 9 février). Healthcare personnel frequently have positive severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 antigen tests 5 days or more after diagnosis of coronavirus disease 2019, *Infection Control & Hospital Epidemiology*, DOI: 10.1017/ice.2022.21. Prépublication

Swissnoso. (2020a, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021b, 20 mai), *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Swissnoso. (2021c, 22 décembre). *Prise de position provisoire de Swissnoso sur les mesures préventives supplémentaires dans les hôpitaux de soins aigus concernant le variant Omicron du SRAS-CoV-2*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2112_22_FR_Swissnoso_interim_position_additional_measures_omicron_fin.pdf

Swissnoso. (2022d, 14 janvier). *Consensus des experts de Swissnoso pour des mesures d'accompagnement supplémentaires alignées sur la durée réduite des isolements et quarantaines dus au COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/22011_4_SN_consensus_mesures_supplementaires_duree_reduite_des_isolements_et_quarantaines_FR.pdf

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., et al. (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

World Health Organization. (2020, 30 octobre). *Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19*. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. *et al.* (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

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

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

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

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

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

Noémie Savard
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

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

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

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

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

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
4.3	2022-04-01	► Révision de la catégorie « considéré protégé » et ajout d'une définition sur le calcul de la durée de l'isolement ou du retrait
4.2	2022-03-25	► Mise à jour pour le retour précoce d'un TdeS confirmé COVID-19 lors d'accès compromis aux services
4.1	2022-02-25	► Mise à jour partielle données sur l'efficacité vaccinale ► Ajout utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées ► Mise à jour test requis pour le retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service
4.0	2022-01-28	► Révision des retraits préventifs pour les contacts domiciliaires. ► Révision de la priorisation du retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service. ► Retrait des documents de référence pour la gestion des cas et contacts en communauté et de réinfection.
3.1	2022-01-06	► Mise à jour partielle des données en lien avec Omicron. ► Ajout section Rupture de service et retour de travailleurs de la santé.
3.0	2021-12-21	► Ajout définitions types de test. ► Révision des catégories de protection. ► Révision des recommandations selon les catégories de protection.
2.0	2021-09-14	► Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale. ► Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30	► Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15	► Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé. ► Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers

Josée Massicotte, médecin-conseil

Natasha Parisien, conseillère scientifique

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3141

**Institut national
de santé publique**

Québec 

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

25 avril 2022 – version 5.0. Modifications apportées en jaune

Sommaire

Principales modifications	2
Préambule	2
Définitions	8
1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé	10
2 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	11
3 Travailleur de la santé confirmé COVID-19	12
4 Travailleur de la santé ayant obtenu un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral » (faible positif)	13
5 Autosurveillance des symptômes	14
6 Auto-isolement au travail	14
7 Isolement préventif avec retrait du travail	15
8 Accès compromis aux services et retour de travailleurs de la santé	16

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

Selon les données du programme de surveillance des variants au Québec (basé sur les données de criblage du LSPQ et de laboratoires sentinelles), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que, pour la semaine du 3 avril 2022, la prévalence du variant Omicron (B.1.1.529) sous-lignée BA.2 représentait 84 % des cas au Québec contre 16 % pour la sous-lignée BA.1.

Selon les données et études préliminaires, la virulence de même que le potentiel d'échappement immunitaire de la sous-lignée BA.2 seraient similaires à ceux de la sous-lignée BA.1.

De nouvelles données provenant de la littérature scientifique sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron pour les personnes ayant reçu une primovaccination complète suivie d'une dose de rappel et pour les personnes ayant déjà fait l'infection et vaccinées, nous amènent à revoir les personnes considérées protégées face au variant Omicron (sous lignée BA.1 ou BA.2).

Principales modifications

- ▶ Ajout dans la catégorie des travailleurs considérés protégés ceux ayant eu :
 - ▶ Épisode de COVID-19 > 3 mois ET primovaccination complète (2 doses de vaccin COVID-19 reconnu par Santé Canada) et avec 1 dose de rappel ≥ 7 jours.
 - ▶ Épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois ET primovaccination complète (2 doses de vaccin COVID-19 reconnu par Santé Canada).
- ▶ Précisions sur les indications de prélèvements chez les travailleurs qui présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 moins de 3 mois après un épisode antérieur.
- ▶ Ajustements des mesures en fonction du délai par rapport à un épisode antérieur et des symptômes pour les travailleurs qui obtiennent un résultat positif moins de 3 mois après un épisode antérieur.
- ▶ Ajouts des mesures pour un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral ».

Préambule

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

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise en fonction du type d'exposition, du port d'équipement de protection individuelle (ÉPI) ainsi que de leur statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination).

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés et des TdeS confirmés. Lors d'un contact avec un cas unique confirmé de COVID-19 ou lors d'une éclosion de COVID-19 en milieu de soins, se référer aux documents suivants selon le milieu concerné :

- ▶ Milieux de soins de longue durée : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée](#)
- ▶ Autres milieux de soins : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins \(excluant les milieux de soins de longue durée\)](#)

Ces documents précisent les dépistages requis chez les TdeS dans le but de rechercher la source du cas ou d'une éclosion et de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins.

Advenant qu'un TdeS ait eu un bris dans le port d'ÉPI, d'autres mesures telles que des dépistages additionnels sont requises et disponibles à la section 1 du présent document. À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection contre l'infection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS protégé, partiellement protégé ou non protégé (voir section définitions). **Ces recommandations sont régulièrement mises à jour** selon l'évolution des données scientifiques.

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté.

Dans une démarche de gestion des risques, il est possible que, dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage. De même, en considérant l'impact du manque de travailleurs pouvant compromettre l'accès aux services, des TdeS qui sont des cas de COVID-19 pourraient être rappelés à retourner au travail plus rapidement. Les options, par ordre de priorité, sont présentées à la [section 8](#) du présent document. À noter qu'il appartient aux autorités ministérielles de définir la notion d'accès compromis aux services afin d'en harmoniser l'application.

Incubation et **durée de contagiosité du variant Omicron**

Les données provenant d'études récentes faites auprès de travailleurs de la santé ou de personnes exposées à des cas infectés par le variant Omicron ont permis de constater que la durée médiane d'incubation est plus courte que celle des autres variants, se situant autour de 3 jours (intervalle entre **< 1** à 8 jours selon les références) (Kremer *et al.*, 2022; Backer *et al.*, 2022; Àguila-Mejia *et al.*, 2022; Helmsdal *et al.*, 2021; Jansen *et al.*, 2021; Brandal *et al.*, 2021).

Quelques études ont tenté d'évaluer la durée d'excrétion du virus chez les personnes infectées par le variant Omicron que ce soit par PCR ou par culture virale. Les conclusions de ces différentes études sont que la quantité d'ARN viral mesurée est à son pic entre 3 et 6 jours après le début des symptômes ou le diagnostic et diminue progressivement par la suite (CINQ, 2022b). L'étude de Hay (Hay *et al.*, 2022) a démontré une durée moyenne d'excrétion de 10 jours ce qui est comparable à la durée d'excrétion observée avec les autres variants.

Le niveau de protection offert par la vaccination

Plusieurs études publiées récemment portent sur les données d'estimation de l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron. Voici ce qui ressort de ces études (ASPC, 2022; CIQ, 2022) :

- ▶ L'efficacité contre une infection symptomatique ou non après une première série vaccinale (2 doses de vaccin ARNm) est faible, de l'ordre d'environ 30 à 40 % selon les études et tend à diminuer dans le temps.
- ▶ L'efficacité d'une dose de rappel (par un vaccin ARNm) à 3 mois ou plus après la dernière dose de la série vaccinale primaire a le potentiel de rehausser l'efficacité à prévenir les infections par le variant Omicron à des niveaux de l'ordre de 60 à 75 %.
- ▶ L'efficacité à prévenir l'hospitalisation après avoir reçu 2 doses de vaccin ARNm se situe entre 70 et 78 % et tend à s'améliorer après une dose de rappel pour atteindre 83 à 94 %.

Les résultats préliminaires d'une [étude québécoise](#) réalisée du 26 décembre 2021 au 5 février 2022, afin d'évaluer l'efficacité du vaccin ARNm face au variant Omicron, démontrent que l'efficacité après avoir reçu une dose de rappel (3 doses) est supérieure comparativement à 2 doses (De Serres *et al.*, 2022) :

- ▶ Cette efficacité à prévenir les infections sévères à la COVID-19 et l'hospitalisation était d'environ 80 % après 2 doses et de 90 % après 3 doses.
- ▶ L'efficacité du vaccin à prévenir une consultation à l'urgence était d'environ 60 % après 2 doses et de 85 % après 3 doses.
- ▶ Finalement, l'efficacité à prévenir une maladie légère, qui n'a pas entraîné de consultation, était d'environ 45 % après 2 doses et de 80 % après 3 doses.

Le niveau de protection offert par une infection antérieure de COVID-19

La réponse immunitaire d'un individu lors d'une infection résulte en la production d'anticorps (immunité humorale) et l'activation des lymphocytes (immunité cellulaire) qui seront dirigés contre plusieurs parties du virus. Plusieurs études ont démontré que les personnes ayant été infectées par le SRAS-CoV-2 ont des anticorps neutralisants qui vont persister jusqu'à 12 mois chez la plupart des individus témoignant de la robustesse de la réponse immunitaire après l'infection (CIQ, 2022).

La protection relative **contre une infection par la même souche ou variant du SRAS-CoV-2** conférée par une infection antérieure, est d'au moins de 81 % jusqu'à 5 à 7 mois post-infection selon de nombreuses études épidémiologiques (Hall *et al.*, 2021; Hansen *et al.*, 2021; Lumley *et al.*, 2020; Sheehan *et al.*, 2021; ECDC, 2021d; Santé publique Ontario, 2021; ASPC, 2021). **D'autres études** ont démontré une mémoire immunitaire (anticorps et cellules mémoires B et T) pouvant aller jusqu'à 12 mois (Petersen *et al.*, 2021; Laing *et al.*, 2021; Yao *et al.*, 2021; **Huang *et al.*, 2021**).

Cependant, l'étude de Huang *et al.* (2021) a rapporté que l'immunité (niveaux d'anticorps neutralisants) diminue dans les quelques semaines ou mois suivant une infection et que cette diminution est plus rapide chez les personnes ayant eu une infection légère. L'étude de Struck *et al.* (2021) a récemment montré une maturation immunitaire incomplète après une infection, comparativement à deux doses de vaccin. Cette maturation incomplète peut faciliter une réinfection par le SRAS-CoV-2 et empêcher le développement d'une immunité de groupe (Bauer *et al.*, 2021; Struck *et al.*, 2021). De façon intéressante, Struck *et al.* (2021) ont également montré que la combinaison d'une infection et une dose de vaccin mène au même niveau d'immunité que deux doses de vaccin.

Les personnes ayant eu un épisode récent (≤ 3 mois) de COVID-19 sont présumées avoir été infectées par le variant Omicron. En se basant sur les données recueillies par le LSPQ, la proportion de cas du variant Omicron au Québec était de 100 % à partir de la semaine du 16 janvier 2022. La prévalence du variant Omicron (B.1.1.529), sous-lignée BA.2 représente **84 % des cas au Québec, contre 16 % pour la sous-lignée BA.1** pour la semaine du **3 avril 2022**. Selon les données et études préliminaires, la virulence de même que le potentiel d'échappement immunitaire de la sous-lignée BA.2 seraient similaires à ceux de la sous-lignée BA.1.

Les résultats préliminaires d'une [étude québécoise](#) réalisée du 26 décembre 2021 au 12 mars 2022 (Carazo *et al.*, 2022) chez les individus de 12 ans et plus vivant dans la communauté, afin d'évaluer la protection dont bénéficie une personne ayant déjà eu la COVID-19, a révélé que :

- ▶ **Une infection par le SRAS-CoV-2 avant l'arrivée du variant Omicron confère une protection contre une réinfection par le variant Omicron.**
- ▶ **Plus l'infection antérieure a été sévère, plus la protection contre le variant Omicron est élevée.**
- ▶ **Chez les individus non vaccinés, la protection contre l'infection à Omicron conférée par une infection antérieure diminue avec le temps (≥ 6 mois).**

À des fins d'intervention, le Cinq a décidé de considérer une durée d'immunité jusqu'à 3 mois post-infection.

Données sur les cas de réinfection répertoriés

Les connaissances acquises sur le SRAS-CoV-2 au cours de la pandémie ont permis d'affirmer dès 2020 que des réinfections causées par une souche différente de celle du premier épisode pouvaient survenir chez les personnes considérées rétablies (ASPC, 2020; CDC, 2020a; PAHO, 2020) mais demeuraient rares.

La confirmation d'une réinfection est possible seulement par la comparaison de la séquence du génome du virus entre la première et la deuxième infection. Bien que les réinfections demeurent des événements rares, plusieurs rapports confirmant des réinfections ont été publiés. Entre autres, le site Web « [COVID-19 reinfection tracker](#) » rapporte 544 cas de réinfections entre août 2020 et novembre 2021, avec un intervalle moyen de 115 jours entre les deux épisodes infectieux.

Une revue systématique et méta-analyse de 81 études publiées rapporte pour sa part 577 cas de réinfection provenant de 22 pays. Cette étude mentionne une durée moyenne de 64 jours (\pm 49 jours) entre la première infection et la réinfection (Dhillon *et al.*, 2021).

Dans une étude de cohorte rétrospective, Peltan *et al.* (2021) ont utilisé les données cliniques et les résultats quantitatifs de TAAN des patients ayant eu un deuxième test positif plus de 60 jours après le premier (intervalle médian de 86 jours), afin de catégoriser les cas de réinfection potentielle. Selon la combinaison des données cliniques et des valeurs de Ct observées, seulement 0,04 % des cas avec une primo-infection de COVID-19 répondaient aux critères de réinfection.

Une étude réalisée par Bastard *et al.* (2022) en France montre que, bien que les réinfections possibles étaient rares (moins de 1 % des cas) à la fin de 2021, elles ont augmenté de manière importante après l'émergence d'Omicron pour représenter plus de 4 % des cas en février 2022. Ce phénomène serait dû à une diminution de l'immunité en post-infection et en post-vaccination, combiné à l'échappement immunitaire du variant Omicron. L'intervalle moyen entre deux épisodes était de 244 jours, avec une médiane à 267 jours. Dans la majorité des cas (69,1 %), l'intervalle était de 180 jours et plus.

Une étude récente (Stegger *et al.*, 2022) a investigué 187 réinfections survenues entre 21 et 60 jours d'intervalle (du 22 novembre 2021 au 11 février 2022). Parmi celles-ci, 47 réinfections avec le variant BA.2 survenues rapidement après une première infection ont été identifiées, principalement chez des personnes jeunes et non vaccinées, ayant fait une maladie légère. Les auteurs concluent qu'une infection avec BA.2 peu de temps après une infection avec BA.1 est possible, mais demeure quand même rare.

Des données provenant de certains centres hospitaliers québécois et non publiées rapportent quelques cas anecdotiques de réinfection suite à une infection préalable (estimée) avec le variant Omicron. Ces réinfections sont toutes survenues plus de 60 jours après l'épisode initial.

Efficacité de la vaccination chez les personnes déjà infectées

De nombreuses études portant sur la réponse immunitaire après la vaccination chez des personnes ayant déjà fait l'infection au SRAS-CoV-2 ont démontré qu'une dose de vaccin à ARNm fait augmenter la quantité d'anticorps mais aussi l'intensité de la réponse cellulaire. Ainsi les titres d'anticorps observés après une dose de vaccin à ARNm chez ces personnes sont comparables ou même plus élevés que chez des individus ayant reçu 2 doses de vaccin sans avoir fait l'infection. Les titres en anticorps les plus élevés ont été retrouvés chez les personnes préalablement infectées qui ont ensuite reçu 2 doses de vaccin (CIQ, 2022; Perkmann *et al.*, 2021).

Dans une étude de cohorte longitudinale chez des TdeS, Gallais *et al.* (2021) ont observé une augmentation rapide (6 jours après la vaccination) des anticorps dirigés contre le *Receptor Binding Domain* (RBD) de la protéine de spicule et de la protéine de nucléocapside du virus. Ceci suggère que les personnes ayant fait l'infection ont une réponse robuste et bien établie de leur immunité cellulaire (cellule mémoire B) et ce malgré des taux plus faibles d'anticorps neutralisants. Cette observation est en concordance avec une autre étude (Dan *et al.*, 2021) qui a démontré que malgré la diminution dans le temps des anticorps neutralisants chez les personnes ayant fait l'infection, ceci ne reflète pas pour autant une diminution de la réponse immunitaire humorale mais plutôt une contraction de la réponse immunitaire, tandis que la maturation de l'affinité des anticorps se produit via les cellules mémoire B.

Une personne infectée par le variant Omicron, survenant chez une personne déjà immunisée (suite à une infection antérieure ou par la vaccination), va très probablement développer un haut niveau de protection contre une réinfection par le variant Omicron, mais également contre les souches appartenant à des lignées antérieures (CIQ, 2022).

Les résultats préliminaires d'une [étude québécoise](#) réalisée du 26 décembre 2021 au 12 mars 2022 (Carazo *et al.*, 2022) qui tentait d'évaluer la protection conférée par la vaccination avec un vaccin ARNm face au variant Omicron en comparaison avec ceux ayant eu une primo-infection et vaccinés, démontrent que :

- ▶ Chez les personnes ayant reçu 3 doses de vaccin (primovaccination suivie d'une dose de rappel) on constate une réduction du risque d'infection de 83 % comparé aux personnes non vaccinées n'ayant jamais eu la COVID-19 et que cette protection demeure stable jusqu'à 5 mois suivant la dernière dose de vaccin.

Données sur la transmission lors de contact domiciliaire

Une étude au Danemark (Lyngse *et al.*, 2021) a comparé le taux d'attaque secondaire parmi les contacts domiciliaires de cas infectés par le variant Delta et ceux infectés par le variant Omicron (B.1.1.529). Les résultats sont les suivants :

- ▶ Le taux d'attaque secondaire est plus élevé lorsque le cas primaire est causé par le variant Omicron (31 %) par rapport au variant Delta (21 %);
- ▶ Cette différence dans les taux d'attaque résulte d'une certaine diminution de la protection conférée par la vaccination contre le variant Omicron considérant les taux d'attaques secondaires parmi les contacts vaccinés 2 doses (32 % pour l' Omicron vs 19 % pour le Delta) et les contacts ayant reçu une dose de rappel (25 % pour l'Omicron et de 11 % pour le Delta), alors que la proportion d'infection secondaire chez les individus non vaccinés était comparable (29 % pour le variant Omicron vs 28 % pour le Delta).
- ▶ Une étude de cohorte a été menée au Québec (Quach *et al.*, 2022), portant sur les infections secondaires survenues parmi 475 TdeS ayant des contacts domiciliaires avec des cas de COVID-19 avec le variant Omicron (entre le 20 décembre 2021 et le 17 janvier 2022). Parmi les TdeS exposés, 50 % (238 sur 475) sont devenus positifs, dont 82 % ont été trouvés positifs lors du test initial. Parmi les 279 TdeS contacts domiciliaires maintenus au travail, 42 (15 %) sont devenus positifs avec une médiane de 4 jours après le test initial. Aucune transmission nosocomiale n'a été observée parmi la clientèle et les autres TdeS de cet hôpital.

Utilisation de test de dépistage ou diagnostique pour le SRAS-CoV-2

Pour les TdeS, l'utilisation du test de dépistage par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) effectué en laboratoire (TAAN-labo) est priorisée.

En cas de pénurie de TAAN-labo, le TAAN rapide hors laboratoire (ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) pourrait être utilisé chez les TdeS symptomatiques.

L'utilisation de tout test rapide de détection antigénique ou autotest n'est pas recommandée pour la gestion des TdeS exposés ou asymptomatiques. Si un TdeS a obtenu un résultat positif ou négatif d'un test rapide de détection antigénique (TDAR) que ce soit à des fins diagnostiques en présence de symptômes ou comme test de dépistage en post-exposition et asymptomatique, ce TdeS devra faire un nouveau test par TAAN-labo. Cette recommandation ne s'applique pas au TdeS non vacciné qui a des dépistages systématiques mis en place par le MSSS.

Utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées

Plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre différents tests, soit le TAAN-labo, les TDAR et la culture virale, afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Il est convenu que la charge virale diminue avec le temps suite à un épisode de COVID-19. La culture virale est considérée comme étant un bon indicateur pour suivre la capacité du virus à infecter des cellules (contagiosité), mais, étant donné, entre autres, le fait qu'elle doit être réalisée en laboratoire spécialisé ainsi que le délai d'obtention des résultats, elle ne peut être utilisée au cas par cas pour déterminer l'infectiosité d'un TdeS à un moment précis. Des comparaisons avec la culture virale montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle alors que la positivité des TDAR semble mieux corrélérer avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN (Currie *et al*, 2022, Kohmer *et al*, 2021, McKay *et al*, 2021).

Par conséquent, l'obtention de résultats de 2 TDAR négatifs réalisés à 24 heures d'intervalle nous semble être un meilleur indicateur afin d'évaluer la persistance de l'infectiosité que l'obtention d'un TAAN-labo négatif. Ainsi, le TDAR pourrait être utilisé, advenant la nécessité d'un retour au travail d'un TdeS confirmé COVID-19, partiellement protégé ou non protégé et asymptomatique (ou avec une amélioration du tableau clinique), avant la fin de sa période de 10 jours d'isolement à la maison (voir [section 8](#)).

Deux études américaines présentent un suivi temporel de la positivité de certains TDAR après l'infection. Ainsi, près de 50 à 60 % des résultats de TDAR dans ces études sont encore positifs au jour 5, environ 20 % au jour 7 et moins de 10 % au jour 10 (Smith *et al*, 2021; Stiefel *et al*, 2022).

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Pour la gestion des expositions dans ce document, ce cas peut être :

- ▶ **Cas confirmé :** cas avec détection d'acides nucléiques du SRAS-CoV-2 (ex. : test d'amplification des acides nucléiques positifs ou TAAN+).
- ▶ **Cas confirmé par lien épidémiologique :** cas avec symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevé avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité ET aucune autre cause apparente.
- ▶ **Cas probable :** cas avec un test de détection antigénique positif (TDAR+) pour le SRAS-CoV-2 et qui ne répond pas aux critères d'un cas confirmé ET qui présente des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19 OU a eu un contact étroit avec un cas de COVID-19 OU a été exposé à un milieu en éclosion.

Contact d'un cas de COVID-19 : À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou de la date du prélèvement du test positif pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement. Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).

Durée de l'isolement ou retrait : Le calcul s'effectue en jours complétés (par période de 24 heures). Par exemple, pour un isolement de 10 jours qui débute le 1^{er} avril à 16h00, vous comptez 10 jours complets d'isolement. Le retour au travail est possible (si les conditions de levée d'isolement sont respectées) à partir du 11 avril à 16h00.

Épisode de COVID-19 : Un épisode antérieur de COVID-19 est reconnu s'il a été confirmé

- ▶ Par TAAN-labo OU
- ▶ Avec un TDAR positif ET une histoire fiable sur l'exposition, les symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 et la date de test OU
- ▶ Par lien épidémiologique : symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevé avec un cas confirmé par TAAN-labo ou avec TDAR positif.

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux.
- ▶ CHSLD et certains autres milieux de vie comportent des unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (p. ex. : RPA, RI).
- ▶ Centres de réadaptation.
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Mesures de PCI : Incluent les mesures de PCI (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoires, port de l'ÉPI lors de précautions additionnelles) ainsi que des directives ministérielles et consignes sanitaires (port du masque, distanciation physique, port de l'ÉPI).

Tests de dépistage ou diagnostique

- ▶ **TAAN laboratoire (TAAN-labo)** : test TAAN effectué en laboratoire.
- ▶ **TAAN rapide au point de service** : test d'amplification des acides nucléiques (p. ex. : ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) réalisé hors laboratoire et autorisé par Santé Canada à cette fin.
- ▶ **Test de détection antigénique rapide (TDAR)** : test rapide réalisé hors laboratoire. (p. ex. : Panbio^{MD}, BD Veritor^{MD}, BTNX^{MD}). Ces tests ne sont pas tous égaux. Ils ont en général une bonne spécificité, mais une sensibilité moindre, lorsque comparés au TAAN-labo. Certaines de ces épreuves sont autorisées par Santé Canada pour une utilisation comme épreuve de biologie médicale délocalisée au point de service, d'autres sont autorisés en autotest.

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Travailleur de la santé critique : La définition provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne tous secteurs et titres d'emploi pour lesquels :

- ▶ L'arrêt ou la diminution de l'offre de service met en danger la santé ou pourrait porter préjudice aux usagers concernés ou
- ▶ Le recrutement ou le rapatriement d'employés est quasi impossible étant donné les exigences de formation nécessaire ainsi que l'expérience clinique importante.

Travailleur de la santé immunosupprimé : référer à [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#). Pour les consignes de retour au travail, référer à [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#).

Travailleur de la santé considéré protégé contre l'infection (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ Épisode de COVID-19 \leq 3 mois (vacciné ou non).
- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 3 mois ET primovaccination complète (2 doses de vaccin COVID-19 reconnu par Santé Canada) et avec 1 dose de rappel.
- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 3 mois et \leq 6 mois ET primovaccination complète (2 doses de vaccin COVID-19 reconnu par Santé Canada).

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé contre l'infection, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 3 mois et \leq 6 mois ET primovaccination incomplète ou non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 6 mois et \leq 12 mois ET primovaccination complète ou incomplète.
- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 12 mois et primovaccination complète.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination complète (2 doses de vaccin COVID-19 reconnu par Santé Canada) et avec ou sans dose de rappel \geq 7 jours.

Travailleur de la santé considéré non protégé contre l'infection, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants :

- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 6 mois et \leq 12 mois ET non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 12 mois ET non vacciné ou primovaccination incomplète.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination incomplète.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 ET aucune vaccination.
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non.

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé

	Type d'exposition au cas de COVID-19	TdeS considéré protégé	TdeS considéré partiellement protégé	TdeS considéré non protégé
		<p>Épisode de COVID-19 ≤ 3 mois (vacciné ou non)</p> <p>Épisode de COVID-19 > 3 mois et primovaccination complète et 1 dose de rappel ≥ 7 jours</p> <p>Épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois et primovaccination complète</p>	<p>Épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois ET primovaccination incomplète ou non vacciné.</p> <p>Épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois ET primovaccination complète ou incomplète.</p> <p>Épisode de COVID-19 > 12 mois et primovaccination complète.</p> <p>Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination complète et avec ou sans dose de rappel ≥ 7 jours.</p>	<p>Épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois ET non vacciné.</p> <p>Épisode de COVID-19 > 12 mois ET non vacciné ou primovaccination incomplète.</p> <p>Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination incomplète.</p> <p>Aucun épisode de COVID-19 ET aucune vaccination.</p> <p>Immunosupprimé vacciné ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non.</p>
TdeS ASYMPTOMATIQUE	Contact étroit^A en milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours, référer section 7 ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5
	Contact étroit^B ponctuel ou domiciliaire limité	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition (sauf si épisode de COVID-19 ≤ 3 mois) ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 7 jours, référer section 7 ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 	
	Contact étroit^B continu au domicile	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 7 jours, référer section 7 ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 	

^A Contact étroit avec un cas de COVID-19 < 2 mètres et > 10 minutes, sans port du masque médical (sans égard au niveau du masque médical ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou APR et protection oculaire si requis (IMGA ou autre situation).

^B Contact étroit avec un cas de COVID-19 < 2 mètres et > 10 minutes, sans port du masque médical.

2 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)

Peu importe le type de catégorie de protection

Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 60 jours :

- ▶ Aucun retrait du travail ni dépistage en lien avec le SRAS-CoV-2.
- ▶ Envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic.

Aucun épisode de COVID-19 antérieur ou épisode antérieur de COVID-19 > 60 jours :

- ▶ Isolement à la maison et effectuer **TAAN-labo** dès que possible.
- ▶ Résultat positif : référer à [section 3](#).
- ▶ Résultat négatif :
 - ▶ **Était préalablement en retrait du travail (isolement préventif)** : poursuivre l'isolement préventif
 - ▶ **N'était pas en retrait du travail (isolement préventif)** : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes :
 - ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires)
 - ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats

TdeS SYMPTOMATIQUE

3 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

TdeS considéré protégé		TdeS considéré partiellement protégé	TdeS considéré non protégé
Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois		Épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois ET primovaccination incomplète ou non vacciné. Épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois ET primovaccination complète ou incomplète. Épisode de COVID-19 > 12 mois et primovaccination complète. Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination complète et avec ou sans dose de rappel ≥ 7 jours.	Épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois ET non vacciné. Épisode de COVID-19 > 12 mois ET non vacciné ou primovaccination incomplète. Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination incomplète. Aucun épisode de COVID-19 ET aucune vaccination. Immunosupprimé vacciné ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non.
<p>Même s'il n'est pas recommandé de faire un test, s'il a été réalisé et est positif^A</p> <p>Épisode antérieur ≤ 60 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ne pas considérer comme un nouveau cas de COVID-19 ▶ TdeS asymptomatique : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ni mesures supplémentaires ▶ TdeS symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Envisager un autre diagnostic ▶ Appliquer les mesures en fonction de ce diagnostic <p>Épisode antérieur > 60 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS asymptomatique <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintien au travail ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ TdeS symptomatique <ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les mêmes mesures que la colonne de droite 		<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^B (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (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>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p> <p>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 14 jours^B avec deux TDAR^C négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (p. ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR^C 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 du TdeS est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (p. ex. : Décadron et Tocilizumab) est aussi à évaluer par l'équipe traitante 	

^A Adapté du document *Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*, tableau 2, version 4.0, du 16 décembre 2021.

^B Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement 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.

^C Le TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé. L'autotest n'est pas valable pour cesser un isolement.

4 Travailleur de la santé ayant obtenu un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral » (faible positif) suite à un épisode antérieur de COVID-19

- ▶ Si le résultat du TAAN est « détecté faible quantité d'ARN viral », appliquer les mesures du tableau suivant en fonction du délai depuis l'épisode de COVID-19 antérieur et la présence ou non de symptômes (ces mesures sont adaptées du document de l'INSPQ *Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*, tableau 3, version 3.1 du 19 mai 2021).
- ▶ Ces recommandations concernent seulement les travailleurs de la santé qui ont déjà eu un épisode antérieur de COVID-19.
- ▶ Ces recommandations ne s'appliquent pas dans le cas du résultat d'un TDAR.

Délai écoulé depuis l'épisode antérieur de COVID-19	Symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19	Mesures de PCI
≤ 3 mois	Absence ou présence	Aucun retrait ni mesures supplémentaires
> 3 mois	Absence	<p>Si aucune exposition à un cas de COVID-19 : Aucun retrait ni mesures supplémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si exposition à un cas de COVID-19 : répéter le TAAN 24-48 heures plus tard ▶ Isolement préventif jusqu'au 2^e TAAN ▶ Gérer selon le résultat du 2^e TAAN <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : considérer comme un cas de COVID-19 et appliquer les mesures à la section 3 ▶ Autres résultats : ne pas considérer comme un cas actif
	Présence	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Répéter le TAAN 24-48 heures plus tard ▶ Isolement préventif jusqu'au 2^e TAAN ▶ Gérer selon le résultat du 2^e TAAN <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : considérer comme un cas de COVID-19 et appliquer les mesures à la section 3 <p>Autres résultats : ne pas considérer comme un cas actif</p>

5 Autosurveillance des symptômes

Employeur doit **jusqu'à 14 jours** suivant la dernière exposition

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 2](#).

Travailleur de la santé doit **jusqu'à 14 jours** suivant la dernière exposition

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Si n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ Si développe des symptômes :
 - ▶ S'isoler à la maison (si n'est pas déjà en isolement préventif) et contacter l'employeur sans délai.
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>.

6 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit **jusqu'à 10 jours** suivant la dernière exposition

- ▶ Respecter les mesures de PCI.
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.
- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).

7 Isolement préventif avec retrait du travail

Service de santé (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés, par la direction régionale de santé publique ou l'employeur) **doit pour la durée de l'isolement préventif du TdeS :**

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 2](#).

Travailleur de la santé doit pour la durée de l'isolement préventif

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes (référer [section 5](#)).
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 10 jours (p. ex. : **lors accès compromis aux services**), celui-ci doit tout de même [respecter les mesures en communauté](#) après le quart de travail.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>.

8 Accès compromis aux services et retour de travailleurs de la santé

Cette section présente les recommandations concernant le retour au travail précoce des TdeS lors d'enjeux d'accès aux services. Un résumé des recommandations décrites dans les sections précédentes, sans enjeu d'accès aux services, est également présenté.

La décision d'appliquer les recommandations lorsque l'accès aux soins est compromis ou que la situation représente un risque pour la sécurité des usagers doit se prendre selon une gestion de risque qui dépasse les activités de la prévention et du contrôle des infections. L'ordonnancement du retour au travail précoce des TdeS en isolement tient compte d'une gradation du risque que représentent différentes situations allant d'un moindre risque jusqu'aux situations dont le risque pour les autres TdeS et usagers semble plus important. L'ordre de retour au travail suivant est proposé :

1 ^{er} choix	TdeS partiellement protégé et contact domiciliaire en continu avec le cas	} Voir tableau section 8.1
2 ^e choix	TdeS non protégé et contact en milieu de soins ou en communauté (sauf contact continu à domicile)	
3 ^e choix	TdeS non protégé et contact domiciliaire en continu avec le cas	
4 ^e choix	} TdeS cas confirmé de COVID-19	} Voir tableau section 8.2
5 ^e choix		

La décision de retourner au travail des travailleurs ayant été en contact avec un cas de COVID ou étant eux-mêmes des cas de COVID-19 confirmés devrait être modulée en fonction du contexte de travail qui prévaut dans le milieu où le travailleur est assigné. Cette mesure d'exception devrait s'accompagner de mesures de mitigation du risque pour éviter une transmission vers les autres travailleurs de la santé et les usagers.

8.1 Retour précoce d'un travailleur de la santé qui est un contact

Le premier choix lors d'accès compromis aux services, est le retour précoce des **contacts** tel que détaillé dans ce tableau :

		MESURES POUR LE RETOUR DES CONTACTS ^A			
		MESURES SANS		MESURES AVEC	
		ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES		ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES	
		TdeS partiellement protégé	TdeS non protégé	Priorisation retour précoce	Conditions requises pour le retour précoce
TdeS avec exposition	En milieu de soins (contact sans port bon ÉPI)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	2^e choix – TdeS non protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit être asymptomatique au moment du retour au travail ▶ Doit avoir un test TAAN-labo négatif juste avant le retour au travail ▶ Dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail, section 6 ▶ Autosurveillance des symptômes, section 5
	En communauté (contact ponctuel avec le cas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire limité avec le cas (cas s'isole)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif le plus tôt possible ▶ Poursuivre dépistage chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire en continu avec le cas (cas ne s'isole pas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	1^{er} choix – TdeS partiellement protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif 3^e choix – TdeS non protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif	

^A Excluant **TdeS considéré protégé** qui ne requiert aucun retrait.

8.2 Retour précoce d'un travailleur de la santé qui est un cas de COVID-19

Advenant la **persistance des enjeux d'accès aux services** malgré le retour au travail des contacts (tableau précédent, section 9.1), le retour au travail précoce de TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique (ou avec une amélioration du tableau clinique) et partiellement protégé ou non protégé est possible. Toutefois, les évidences scientifiques indiquent que la durée de contagiosité du variant Omicron, prédominant actuellement, demeure à 10 jours tel que décrit dans l'avis du CINQ (CINQ, 2022b). L'application de ces recommandations lors d'accès compromis aux services sur les unités de soins hébergeant des usagers immunosupprimés ou pouvant être plus susceptibles de développer la forme sévère de la COVID-19 devrait se faire avec la plus grande prudence.

Cette décision doit être prise en considérant le risque de transmission dans le milieu de soins, la vulnérabilité de la clientèle ainsi que les impacts du manque de travailleurs. Afin de guider la prise de décision, rappelons que, selon les données de la littérature, de 50 à 60 % des travailleurs auront probablement un résultat de TDAR positif au jour 5 (voir section *Utilisation des tests pour suivre l'infectiosité des personnes infectées*) (Raza et al., 2022).

		MESURES POUR LE RETOUR DES <u>CAS</u> DE COVID-19		
		SANS ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES	AVEC ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES	
			Priorisation retour précoce	Conditions requises pour le retour précoce
TdeS infecté	TdeS cas confirmé COVID-19	Retrait 10 jours	<p>4^e choix – TdeS partiellement protégé et non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours ▶ Doit avoir 2 TDAR négatifs (jours 6 et 7) <p>Si l'accès compromis aux services persiste :</p> <p>5^e choix – TdeS partiellement protégé et non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 5 jours minimum ▶ À partir du 5^e jour, effectuer un TDAR quotidien pour avoir 2 TDAR négatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit au moment du retour au travail : absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). ▶ Doit avoir 2 TDAR négatifs avant le retour au travail à 24 heures d'intervalle. Le premier TDAR peut-être un autotest. Le deuxième TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé et peut être effectué le jour du retour au travail. Ne pas effectuer des tests au-delà du jour 10. Même si le TdeS n'a pas deux tests négatifs après son retrait de 10 jours, le retour au travail est permis. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, section 6.

Références

Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2022, 19 janvier). *Omicron Monitoring Report 6*.

Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2021, 4 avril). *Emerging Science Group of the Public Health Agency of Canada. COVID Brief: Protective immunity post-COVID-19 infection*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-4-april-2021/ccdrv47i04a10-eng.pdf>

Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices sur la réalisation d'un nouveau test PCR chez des personnes ayant déjà obtenu un résultat positif pour la COVID-19. 8 déc 2020; <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/realisation-nouveau-test-pcr-personnes-ayant-deja-obtenu-resultat-positif-covid-19.html>.

Alberta Health Services. (2022, 7 janvier). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Águila-Mejía, J., Wallmann, R., Calvo-Montes, J., Rodríguez-Lozano, J., Valle-Madrado, T. *et al.* (2022, 20 janvier). Secondary Attack Rates, Transmission, Incubation and Serial Interval Periods of first SARS-CoV-2 Omicron variant cases in a northern region of Spain. Research Square. Prépublication. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1279005/v1>

Australian Government Department of health. (2022a, 10 janvier). *Permissions and restrictions for workers in health care settings, Interim guidance*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/permissions-and-restrictions-for-workers-in-health-care-settings-interim-guidance>

Australian Government Department of health. (2022b, 14 janvier). *COVID-19 CDNA National guidelines for public health units, version 6.4*. [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/\\$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf)

Australian Government Department of health. (2022c, 5 janvier). *Interim guidance on managing workforce in regards to COVID-19 in aged care*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/interim-guidance-on-managing-workforce-in-regards-to-covid-19-in-aged-care>

Backer, J.A., Eggink, D., Andeweg, S.P., Veldhuijzen, I.K., van Maarseveen, N., *et al.* (2022, 28 janvier). Shorter serial intervals in SARS-CoV-2 cases with Omicron BA.1 variant compared to Delta variant in the Netherlands, 13 – 26 December, 2021. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.18.22269217>

Bastard, J., Taisne, B., Figoni, J., Mailles, A., Durand, J., Fayad, M., *et al.* (2022, 31 mars). Impact of the Omicron variant on SARS-CoV-2 reinfections in France, March 2021 to February 2022. *Euro Surveill*. Volume 27, Issue 13, 31/Mar/2022. https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.13.2200247#abstract_content

Bauer, G. (2021, mai). The potential significance of high avidity immunoglobulin G (IgG) for protective immunity towards SARS-CoV-2. *International Journal of Infectious Diseases*, Volume 106, May 2021, Pages 61-64 <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.061>

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. <https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H. *et al.* (2021, 16 décembre). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. *Eurosurveillance*. 26(50). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.50.2101147>

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 22 septembre). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Carazo, S., De Serres, G., Skowronski, D., Brisson, M., Sauvageau, S., Brousseau, N., et al. Protection contre le variant Omicron conférée par une COVID-19 antérieure, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/vaccination/protection-infection-anterieure>

Centers for Disease Control and Prevention (2020a). Reinfection with COVID-19. 27 oct 2020; <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/reinfection.html>.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020b, 2 décembre). *Science brief: Options to reduce quarantine for contacts of persons with SARS-cov-2 infection using symptom monitoring and diagnosis testing*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022a, 21 janvier). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022b, 14 janvier). *Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance*. *Interim guidance on ending isolation and precautions for people with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021d, 20 décembre). *Omicron variant: what you need to know*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022e, 7 janvier). *Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States*. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2022f, 16 janvier). *Stay up to date with your vaccines*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021g, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#>

Centers for Disease Control and Prevention (2022h, 21 janvier). *Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html#print>

Centers for Disease Control and Prevention (2021i, 27 décembre). *CDC updates and shortens recommended isolation and quarantine period for general population*. <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s1227-isolation-quarantine-guidance.html>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 22 octobre). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommandations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2022, 21 janvier). *CIQ : Avis complémentaire concernant l'utilité d'une dose de rappel pour les personnes ayant une histoire d'infection par le SRAS-CoV-2 et ayant reçu 2 doses de vaccin*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3199-utilite-dose-rappel-personnes-infection-sras-cov-2.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021, 16 décembre). *CIQ : Pertinence d'une dose de rappel d'un vaccin contre la COVID 19 pour les différentes catégories d'adultes au Québec*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3184-dose-rappel-vaccin-covid19-adultes>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2021a, 20 décembre). *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2022b, 20 janvier). *SRAS-CoV-2 : Avis complémentaire concernant la durée de contagiosité chez les cas confirmés de COVID-19 du variant Omicron dans les milieux de soins* [document inédit]. Institut national de santé publique du Québec.

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

De Serres, G., Febriani, Y., Ouakki, M., Talbot, D., Gilca, R., Deceuninck, G. *et al.* (2022, 16 février). *Efficacité du vaccin contre la COVID-19 causée par le variant Omicron au Québec, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES* <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/vaccination/efficacite-omicron>

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. <https://doi.org/10.1111/imj.14859>

Dhillon, RA. , Qamar, MA., Gilani, JA., Irfan, O., Waqar, U., Sajid, MI., Mahmood SF. The mystery of COVID-19 reinfections: A global systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021 Dec;72:103130. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.103130> European Center for disease control and prevention. (2021a, 28 octobre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021a, 28 octobre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021b, 9 février). *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – sixth update*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>

European Center for disease control and prevention. (2022c, 7 janvier). *Guidance on quarantine of close contacts to COVID-19 cases and isolation of COVID-19 cases, in the current epidemiological situation, 7 January 2022*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/quarantine-and-isolation>

European Center for disease control and prevention. (2021d, 21 avril). *Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-guidance-benefits-full-vaccination-against-covid-19-transmission>

Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance — Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1167-1169. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm>

Gallais, F., Gantner, P., Bruel, T., Velay, A., Planasc, D., *et al.* (2021, 27 août). Evolution of antibody responses up to 13 months after SARS-CoV-2 infection and risk of reinfection. *EBioMedicine* 71(2021). <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103561>

Gouvernement du Québec. (2022, 25 janvier). *Tableau de bord de la situation au Québec*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-382W_infographie_sommaire-executif.jpg?1631545316

Hall, V., Foulkes, S., Charlett, A., Atti, A., Monk, E. *et al.* (2021, 15 janvier). Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020. *medRxiv*. <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.01.13.21249642>

- Hansen, C.H., Michlmayr, D., Gubbels, S.M., Mølbak K., Ethelberg S. (2021, 17 mars). Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet* 397(10280), 1204-1212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00575-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00575-4)
- Hay, J., Kissler, S., Fauver, J.R., Mack, C., Tai, C.G. *et al.* Viral dynamics and duration of PCR positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant. (2022, 13 janvier). *Harvard Library*. https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/37370587/omicron_ct.1-13-22.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Helmsdal, G., Hansen, O.K., Moller, L.F., Christianson, D.H., Petersen M.S. *et al.* (2021, 22 décembre). Omicron outbreak at a private gathering in the Faroe Islands, infecting 21 of 33 triple-vaccinated healthcare workers. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.12.22.21268021>
- Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L., *et al.* 6-Month Consequences of COVID-19 in Patients Discharged from Hospital: A Cohort Study, *Lancet* (London, England), 397 (10270) (2021), p. 220-32, [10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)
- Institut national de santé publique du Québec. (2021a, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022b, 6 janvier). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimes-covid19>
- Institut national de santé publique du Québec. (2021c, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022d). *Données sur les variants du SRAS-CoV-2 au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>
- Jansen, L., Tegomoh, B., Lange, K., Showalter, K., Figliomeni, K. *et al.* (2021, 31 décembre). Investigation of a SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) Variant Cluster.-Nebraska, November–December 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 70(51-52).<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm705152e3-H.pdf>
- Kohmer, N., Toptan, T., Pallas, C., Karaca, O., Pfeiffer, A., Westhaus S., *et al.* The comparative clinical performance of four SARS-CoV-2 rapid antigen tests and their correlation to infectivity in vitro. *Journal of Clinical Medicine*. 2021, 10, 328. <https://doi.org/10.3390/jcm10020328>
- Kremer, C., Braeye, T., Proesmans, K., André, E., Torneri, A. *et al.* (2022, 28 janvier). Observed serial intervals of SARS-CoV-2 for the Omicron and Delta variants in Belgium based on contact tracing data, 19 November to 31 December 2021. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.28.22269756>
- Laing, E.D., Epsi, N.J., Richard, S.R., Samuels, E.C., Wang, W. *et al.* (2021, 2 mai). SARS-CoV-2 antibodies remain detectable 12 months after infection and antibody magnitude is associated with age and COVID-19 severity. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.27.21256207>
- Lynge, F.P., Mortensen, L.V., Denwood, M.J., Christiansen, L.E., Moller, C.H. *et al.* (2021, 22 décembre). SARS-CoV-2 Omicron VOC transmission in danish households. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278>
- Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>
- Lumley, S., Rodger, G., Constantinides, B., Sanderson, N., Chaud K.K., *et al.* (2021, 12 mars). An observational cohort study on the incidence of SARS-CoV-2 infection and B.1.1.7 variant infection in healthcare workers by antibody and vaccination status. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.09.21253218v1.full.pdf+html>
- McKay, S.L., Tobolowsky, F.A., Moritz, E.D., Hatfield, K.M., Bhatnagar, A., *et al.* (2021, juillet). CDC Infection prevention and control team and the CDC COVID-19 surge laboratory group. Performance evaluation of serial SARS-CoV-2 rapid antigen testing during a nursing home outbreak. *Annals of internal medicine*, 174, 945–851. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>

Moderna. (2020, 17 décembre). *FDA Briefing document Moderna COVID-19 vaccine*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Moline H.L., Whitaker M., Deng L., *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing Hospitalization Among Adults Aged ≥ 65 Years – COVID-NET, 13 States, February–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1088-1093. DOI: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e3.htm>

Ministry of Health Ontario (2022a, 12 janvier). *Document d'orientation provisoire sur la COVID-19 : Gestion des pénuries de personnel essentiel dans les milieux les plus à risque dans la foulée de la recrudescence liée au variant Omicron*. https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/early_return%20to%20work.pdf

Ministry of Health Ontario (2022b, 13 janvier). *COVID-19 Integrated testing & case, contact and outbreak management interim guidance: Omicron surge*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts_omicron.pdf

Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Interim guidelines for detecting cases of reinfection by SARS-CoV-2. 29 oct 2020; <https://www.paho.org/en/documents/interim-guidelines-detecting-cases-reinfection-sars-cov-2>

Peltan, I.D., Beesley, S.J., Webb, B.J., Lopansri, B.K., Sinclair W., *et al.* (2021, 4 mai). Evaluation of potential COVID-19 recurrence in patients with late repeat positive SARS-CoV-2 testing. *PLoS ONE* 16(5): e0251214. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251214>

Perkmann, T., Perkmann-Nagele, N., Koller, T., Mucher, P., Radakovics, A., *et al.* (2021, 1^{er} août). Serum antibody response to BNT162b2 after natural SARS-CoV-2 infection. *European Journal of Clinical Investigation*. 2021;51(11). <https://doi.org/10.1111/eci.13632>

Peterson, M.S., Hansen, C.B., Kristiansen, M. F., Fjallsbak, J.P., Larsen, S. *et al.* (2021, 23 avril). SARS-CoV-2 natural antibody response persists up to 12 months in a nationwide study for the Faroe Islands. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.21255720v2>

Pfizer-BioNTech. (2020, 10 décembre). *FDA Briefing document Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Public Health England-United Kingdom Health Security Agency. (2022a, 14 janvier). *SARS-CoV-2 variants of concerns and variants under investigation in England – Technical briefing 34*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1050236/technical-briefing-34-14-january-2022.pdf

Public Health England (2022b, 17 janvier). *COVID-19: management of staff and exposed patients or residents in health and social care settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Quach, C., Blanchard, A.C., Lamarche, J., Audy, N. et Lamarre, V. (2022, 23 janvier). Should healthcare workers with SARS-CoV-2 household exposures work? A cohort study. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.23.22269719>

Raza, M., Giri, P., Basu, Subhashis. (2022, 27 mars). Surveillance and return to work of healthcare workers following SARS-CoV-2 Omicron variant infection, Sheffield, England, 17 January to 7 February 2022. *Euro Surveillance*. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2022.27.11.2200164>

Santé publique Ontario. (2021, 15 avril). *FOCUS ON public health management of COVID-19 exposure post infection*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/03/focus-on-post-infections-public-health-management.pdf?la=en>

Sheehan, M.M., Reddy, A.J., Rothberg, M.B. (2021, 15 mars). Reinfection Rates among Patients who Previously Tested Positive for COVID-19: a Retrospective Cohort Study. *Clinical Infectious Disease*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab234>

Smith, R.L., Gibson, L.L., Martinez, P.P., Ke, R., Mirza, A. et al. (2021, 30 juin). Longitudinal assessment of diagnostic test performance over the course of acute SARS-CoV-2 infection, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 224, Issue 6, 15 September 2021, Pages 976–982, <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab337>

Stegger M., Edslev, S.M., Sieber, R.N., et al. *Occurrence and significance of Omicron BA.1 infection followed by BA.2 reinfection*, medRxiv preprint, February 22, 2022, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.19.22271112v1.full.pdf>

Stiefel, U., Bhullar, D., Zabarasky, T., Palmieri, N.F., Diaz, K.D., et al (2022, 9 février). Healthcare personnel frequently have positive severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 antigen tests 5 days or more after diagnosis of coronavirus disease 2019, *Infection Control & Hospital Epidemiology*, DOI: 10.1017/ice.2022.21. Prépublication

Struck, F., Schreiner, P., Staschik, E., Wochinz-Richter, K., Schulz, S., et al. *Vaccination versus infection with SARS-CoV-2: Establishment of a high avidity IgG response versus incomplete avidity maturation*. *J Med Virol*. 2021 Dec;93(12):6765-6777. Epub 2021 Aug 20. PMID: 34387884; PMCID: PMC8427118. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.27270>

Swissnoso. (2020a, 23 octobre). *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2010_23_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

Swissnoso. (2021b, 20 mai), *Recommandations pour les professionnels de la santé, ayant eu un contact étroit non protégé avec un cas COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2105_20_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V5_FR.pdf

Swissnoso. (2021c, 22 décembre). *Prise de position provisoire de Swissnoso sur les mesures préventives supplémentaires dans les hôpitaux de soins aigus concernant le variant Omicron du SRAS-CoV-2*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2112_22_FR_Swissnoso_interim_position_additional_measures_omicron_fin.pdf

Swissnoso. (2022d, 14 janvier). *Consensus des experts de Swissnoso pour des mesures d'accompagnement supplémentaires alignées sur la durée réduite des isolements et quarantaines dus au COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/22011_4_SN_consensus_mesures_supplementaires_duree_reduite_des_isolements_et_quarantaines_FR.pdf

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., et al. (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

World Health Organization. (2020, 30 octobre). *Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19*. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>

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 Diseases* 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Yao, L., Wang, G.-L., Shen, Y., Wang, Z.-Y., Zhan, B.-D. et al. (2021, 12 mai). Persistence of antibody and cellular immune response in COVID-19 patient over nine months after infection. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab255>

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
5.0	2022-04-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision des catégories de protection ▶ Mise à jour des mesures pour les personnes symptomatiques en fonction du délai par rapport à une infection antérieure et du résultat du test ▶ Ajouts des mesures pour un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral ».
4.3	2022-04-01	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision de la catégorie « considéré protégé » et ajout d'une définition sur le calcul de la durée de l'isolement ou du retrait
4.2	2022-03-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour pour le retour précoce d'un TdeS confirmé COVID-19 lors d'accès compromis aux services
4.1	2022-02-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour partielle données sur l'efficacité vaccinale ▶ Ajout utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées ▶ Mise à jour test requis pour le retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service
4.0	2022-01-28	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision des retraits préventifs pour les contacts domiciliaires. ▶ Révision de la priorisation du retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service. ▶ Retrait des documents de référence pour la gestion des cas et contacts en communauté et de réinfection.
3.1	2022-01-06	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour partielle des données en lien avec Omicron. ▶ Ajout section Rupture de service et retour de travailleurs de la santé.
3.0	2021-12-21	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout définitions types de test. ▶ Révision des catégories de protection. ▶ Révision des recommandations selon les catégories de protection.
2.0	2021-09-14	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale. ▶ Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé. ▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

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

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

Jean-François Laplante
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

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

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

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

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

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

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

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

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Josée Massicotte, médecin-conseil
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3141

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

7 octobre 2022 – version 6.0

Veillez porter une attention particulière à l'ensemble du document, puisque les changements sont trop nombreux pour les indiquer en jaune

Sommaire

Préambule	2
Principales modifications	3
Méthodologie	3
Littérature scientifique	4
Définitions	8
1 Travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact	9
2 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	10
3 Travailleur de la santé confirmé COVID-19	11
4 Travailleur de la santé ayant obtenu un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral » (faible positif) suite à un épisode antérieur de COVID-19	12
5 Autosurveillance des symptômes	13
6 Auto-isolement au travail	13
7 Retrait du travail pour un travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact	14
8 Accès compromis aux services et retour précoce de travailleurs de la santé	14
9 Prise en charge des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19	16
Algorithme 1 – Gestion des travailleurs de la santé post vaccination contre la COVID-19	17

La mise à jour des recommandations contenues dans ce document est basée sur la littérature scientifique disponible concernant le variant Omicron (et ses sous-lignées) et peut changer selon l'évolution des connaissances.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et son Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pilotent le Programme de surveillance des variants de la COVID-19 au Québec. Consultez le site Web de l'INSPQ pour connaître les données les plus récentes sur les [variants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec](#).

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux [autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec \(INSPQ\)](#).

Préambule

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) reçoit les recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) pour la gestion des TdeS et en tient compte pour émettre les directives ministérielles. Les directives ministérielles ont toutefois préséance. Référer à :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>.

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 survenue en milieu de soins ou en communauté ainsi que pour la gestion d'un TdeS qui est un cas confirmé dans les différents milieux de soins du Québec.

Les milieux de soins visés sont :

- ▶ Milieux de soins de courte durée (unités de soins et urgence)
- ▶ Installations de santé mentale, unités de soins en santé mentale en milieu hospitalier et urgences psychiatriques
- ▶ Installations de réadaptation (déficience physique, santé physique et mentale), ainsi que les autres milieux de soins ou de vie en réadaptation physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
- ▶ Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).
 - ▶ Certains autres milieux de vie comportent des unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (ex. : RPA, RI, RTF). Il convient alors pour ces unités d'appliquer ces recommandations.

Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage, retrait du travail et retour au travail).

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés et des TdeS confirmés.

Pour les indications de dépistages et d'isolement des usagers ou les dépistages requis chez les TdeS dans le but de rechercher la source d'un cas dont l'acquisition est nosocomiale ou d'une éclosion et de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins, se référer aux documents suivants :

- ▶ Milieux de soins de longue durée : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée](#).
- ▶ Autres milieux de soins : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins \(excluant les milieux de soins de longue durée\)](#).

Il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par la vaccination et/ou par des antécédents d'infection au SRAS-CoV-2. Ces recommandations sont régulièrement mises à jour selon l'évolution des données scientifiques.

Le Comité sur l'immunisation du Québec dans un récent avis (CIQ, 2022), considère que la primovaccination à 2 doses suivie d'une première dose de rappel constitue la **vaccination de base contre la COVID-19**, pour les adultes sans antécédent d'infection au SRAS-CoV-2. Cette vaccination de base permet de développer une protection satisfaisante contre les infections graves à la COVID-19 dans le contexte où Omicron et ses sous-lignées sont les variants dominants. Puisque cette immunité acquise par la vaccination, combinée ou non à celle acquise par l'infection peut décroître au fil du temps, cette protection pourra être consolidée par des doses additionnelles de rappel.

Il a donc été convenu par les membres du CINQ de remplacer l'utilisation des niveaux de protection contre l'infection tels qu'anciennement définis (soit considéré protégé, partiellement protégé ou non protégé) par le concept de vaccination de base contre la COVID-19, ce qui encourage la vaccination et simplifie la compréhension pour moduler les interventions auprès des TdeS.

Dans une démarche de gestion des risques, un TdeS exposé qui revient au travail doit respecter certaines mesures telles que l'auto-isolement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage. De même, en considérant l'impact du manque de travailleurs pouvant compromettre l'accès aux services, des TdeS qui sont des cas de COVID-19 pourraient être rappelés à retourner au travail plus rapidement. Les options, établies par ordre de priorité en fonction des risques de transmission, sont présentées à la [section 8](#) du présent document. À noter qu'il appartient aux autorités ministérielles et aux établissements de définir la notion d'accès compromis aux services afin d'en harmoniser l'application, d'évaluer les risques et de les gérer en collaboration avec le service de PCI.

Principales modifications

- ▶ Définitions du statut vaccinal arrimées avec le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) et prise en charge simplifiée :
 - ▶ Conduite harmonisée pour tous les types d'expositions;
 - ▶ Concernant les TdeS exposés (contacts), seuls ceux dont la vaccination de base est incomplète sont retirés jusqu'à l'obtention d'un premier TAAN négatif;
 - ▶ Concernant les TdeS confirmés, le retour au travail est possible au jour 7 avec l'obtention de deux TDAR négatifs.
- ▶ Période de surveillance des symptômes diminuée à 10 jours pour les TdeS exposés (contacts).
- ▶ Ajout de considérations importantes pour un retour précoce des TdeS pour guider les établissements dans la prise de décision.
- ▶ Révision des scénarios pour un retour précoce en situation d'accès compromis aux services:
 - ▶ Le TdeS asymptomatique qui est un contact avec vaccination de base incomplète peut travailler en attendant le résultat de son premier TAAN.
 - ▶ Le TdeS confirmé de COVID-19 peut retourner au travail après au moins 5 jours de retrait si deux TDAR négatifs sont obtenus à partir du jour 5 OU après l'obtention d'un seul TDAR négatif dans certaines circonstances (bris de service persiste ou vulnérabilité de la clientèle desservie).

Méthodologie

Les recommandations présentées dans ce document sont établies d'abord en fonction de la littérature scientifique publiée. Une attention particulière est accordée à la qualité de celle-ci, notamment en fonction de la présence d'une révision par les pairs avant publication. L'accès à cette littérature s'est fait, entre autres, via la veille scientifique produite par l'INSPQ depuis le début de la pandémie, ainsi que par des recherches documentaires plus ciblées sur des points précis.

La révision régulière des recommandations publiées par les instances internationales (voir tableau A) permet de suivre en continu l'évolution des recommandations pour les mesures de PCI dans les milieux de soins en dehors du Québec. Cette comparaison permet de maintenir les mesures en concordance avec les orientations internationales.

Enfin, les mesures qui ne sont pas appuyées par la littérature scientifique ou dont l'application est divergente ou non précisée dans les recommandations des instances internationales ont été discutées avec les membres du Cinq afin d'établir un consensus d'experts sur la question. Plus globalement, cette démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et ce, tout en assurant la sécurité des usagers et des TdeS.

Les recommandations sont révisées en continu en fonction de l'évolution de l'épidémiologie, de la littérature scientifique et des recommandations des instances internationales.

Littérature scientifique

Incubation et durée de contagiosité du variant Omicron

Les données provenant d'études récentes faites auprès de travailleurs de la santé (TdeS) ou de personnes exposées à des cas infectés par le variant Omicron ont permis de constater que la durée médiane d'incubation est plus courte que celle des autres variants, se situant autour de 3 à 4 jours (CDC, 2022d; Santé publique Ontario, 2022; Àguila-Mejia *et al.*, 2022; Helmsdal *et al.*, 2021; Jansen *et al.*, 2021; Lee *et al.*, 2021; Song *et al.*, 2022; Brandal *et al.*, 2021).

Quelques études ont tenté d'évaluer la durée d'excrétion du virus chez les personnes infectées par le variant Omicron que ce soit par PCR ou par culture virale. Les conclusions de ces différentes études sont que la quantité d'ARN viral mesurée est à son pic entre 3 et 6 jours après le début des symptômes ou le diagnostic et diminue progressivement par la suite (Cinq, 2022b). L'étude de Hay (Hay *et al.*, 2022) a démontré une durée moyenne d'excrétion de 10 jours ce qui est comparable à la durée d'excrétion observée avec les autres variants.

Dans une récente étude réalisée (Keske *et al.*, 2022) auprès de 55 TdeS présentant une infection non sévère par le variant Omicron, on a observé les résultats suivants :

	Jour 5	Jour 7	Jour 10	Jour 14
Taux de positivité au test PCR	96,4 % (53/55)	87,3 % (48/55)	74,6 % (41/55)	41,8 % (23/55)
Taux de positivité des cultures virales	83 % (44/53)	52 % (26/50)	13,5 % (7/52)	8 % (4/50)
Taux de positivité des cultures virales chez les TdeS devenus asymptomatiques	100 % (4/4)	58 % (7/12)	11 % (3/27)	5 % (2/41)

Ces données corroborent avec celles de l'étude de Boucau, (Boucau J. *et al.*, 2022) qui n'a pas observé de différence dans la cinétique d'excrétion virale entre les personnes infectées (n = 66) par les variants Omicron ou Delta du SRAS-CoV-2. Leurs données suggèrent que certaines personnes excrètent encore du virus cultivable plus de 5 jours après l'apparition des symptômes ou un test positif initial et n'ont pas constaté de différence entre les personnes vaccinées ou non. Ces résultats sont à interpréter avec prudence considérant la taille des échantillons (n = 32 variant Delta et n = 34 variant Omicron).

Utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées

Plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre différents tests, soit le test d'amplification des acides nucléiques positif (TAAN-labo), les tests de détection antigénique positifs (TDAR) et la culture virale, afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Il est convenu que la charge virale diminue avec le temps à la suite d'un épisode de COVID-19. La culture virale est considérée comme étant un bon indicateur pour suivre la capacité du virus à infecter des cellules (contagiosité), mais, étant donné, entre autres, le fait qu'elle doit être réalisée en laboratoire spécialisé ainsi que le délai d'obtention des résultats, elle ne peut être utilisée au cas par cas pour déterminer l'infectiosité d'un individu à un moment précis. Des comparaisons avec la culture virale

montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle alors que la positivité des TDAR semble mieux corrélée avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN (Currie *et al.*, 2022, Kohmer *et al.*, 2021, McKay *et al.*, 2021).

Deux études américaines présentent un suivi temporel de la positivité de certains TDAR après l'infection. Ainsi, près de 50 à 60 % des résultats de TDAR dans ces études sont encore positifs au jour 5, environ 20 % au jour 7 et moins de 10 % au jour 10 (Smith *et al.*, 2021; Stiefel *et al.*, 2022).

Durée des mesures

Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) s'avère un excellent test pour diagnostiquer la maladie chez une personne symptomatique, mais il n'est pas un indicateur fiable pour déterminer la contagiosité des cas.

Personne en bonne santé avec maladie légère ou modérée

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 présente 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 *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020). Dans ce contexte et pour ce type d'utilisateur, le TAAN n'est pas retenu comme un indicateur pour déterminer la contagiosité des cas afin de cesser les précautions additionnelles.

Personnes immunosupprimées

Contrairement aux autres catégories d'utilisateurs, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires de laboratoire pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Santé publique Ontario, 2021; Aguinaga *et al.*, 2020; Benotmane *et al.*, (2020); DiCiaccio *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2020). Toutefois, il est impossible d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène.

L'utilisation des tests de détection antigénique rapide (TDAR) est de plus en plus répandue dans les différents milieux et plusieurs instances les utilisent pour mettre fin aux isolements de la clientèle immunosupprimée. De plus, plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron, ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre les différents tests soit le TAAN-labo, les TDAR et la culture virale afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Des comparaisons avec la culture virale montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle et des études récentes ont démontré que la positivité des TDAR semble mieux corrélée avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN-labo (Currie *et al.*, 2022 ; Kohmer *et al.*, 2021; McKay *et al.*, 2021).

Données sur les cas de réinfection répertoriés

Les connaissances acquises sur le SRAS-CoV-2 au cours de la pandémie ont permis d'affirmer dès 2020 que des réinfections causées par une souche différente de celle du premier épisode pouvaient survenir chez les personnes considérées rétablies (ASPC, 2020; CDC, 2020a; PAHO, 2020), mais demeuraient rares.

La confirmation d'une réinfection est possible seulement par la comparaison de la séquence du génome du virus entre la première et la deuxième infection. Bien que les réinfections demeurent des événements rares, plusieurs rapports confirmant des réinfections ont été publiés. Entre autres, le site Web « COVID-19 réinfection

tracker » rapporte 544 cas de réinfections entre août 2020 et novembre 2021, avec un intervalle moyen de 115 jours entre les deux épisodes infectieux.

Une revue systématique et méta-analyse de 81 études publiées rapporte pour sa part 577 cas de réinfection provenant de 22 pays. Cette étude mentionne une durée moyenne de 64 jours (\pm 49 jours) entre la première infection et la réinfection (Dhillon *et al.*, 2021).

Dans une étude de cohorte rétrospective, Peltan *et al.* (2021) ont utilisé les données cliniques et les résultats quantitatifs de TAAN des patients ayant eu un deuxième test positif plus de 60 jours après le premier (intervalle médian de 86 jours), afin de catégoriser les cas de réinfection potentielle. Selon la combinaison des données cliniques et des valeurs de Ct observées, seulement 0,04 % des cas avec une primo-infection de COVID-19 répondaient aux critères de réinfection.

Une étude réalisée par Bastard *et al.* (2022) en France montre que, bien que les réinfections possibles étaient rares (moins de 1 % des cas) à la fin de 2021, elles ont augmenté de manière importante après l'émergence d'Omicron pour représenter plus de 4 % des cas en février 2022. Ce phénomène serait dû à une diminution de l'immunité en post-infection et en post-vaccination, combiné à l'échappement immunitaire du variant Omicron. L'intervalle moyen entre deux épisodes était de 244 jours, avec une médiane à 267 jours. Dans la majorité des cas (69,1 %), l'intervalle était de 180 jours et plus.

Une étude récente (Stegger *et al.*, 2022) a investigué 187 réinfections survenues entre 21 et 60 jours d'intervalle (du 22 novembre 2021 au 11 février 2022). Parmi celles-ci, 47 réinfections avec le variant BA.2 survenues rapidement après une première infection ont été identifiées, principalement chez des personnes jeunes et non vaccinées, ayant fait une maladie légère.

Finalement selon 2 études de cohortes rétrospectives réalisées au Qatar lors de la vague Omicron des sous-lignées BA.1 et BA.2 (Chemaitelly H. *et al.*, 2022), l'infection par la sous-lignée BA.1 semble induire une protection immunitaire forte, mais incomplète (efficacité estimée à 94 %) contre la réinfection par la sous-lignée BA.2, et vice versa (efficacité de l'infection par BA.2 contre la réinfection par BA.1 est estimée à 81 %) pendant au moins plusieurs semaines après l'infection initiale.

Impact d'un retour précoce des travailleurs de la santé

En plus de s'enquérir des modalités de prise en charge des TdeS par les principales instances internationales, le CINQ a cherché à documenter l'impact d'un retour précoce des TdeS sur la transmission nosocomiale spécifiquement en période de circulation du variant Omicron. Pour ce faire, une recherche documentaire a permis d'extraire 51 articles scientifiques, parmi lesquels 5 ont été retenus (2 portant sur le retour précoce de TdeS exposés et les 3 autres sur le retour précoce des cas).

Une étude réalisée en Angleterre en janvier 2022, durant la vague consécutive à l'arrivée du variant Omicron (Raza *et al.*, 2022) a regardé l'impact du changement de la politique du gouvernement ayant réduit la durée minimale d'isolement des TdeS infectés de 10 à 5 jours sous réserve de deux TDAR négatifs consécutifs les jours 5 et 6. Quatre-vingt-trois pourcent ($n = 200/240$) des TdeS infectés par le SARS_CoV-2 étaient asymptomatiques et la plupart des 40 TdeS symptomatiques ont décrits ressentir des symptômes de mal de gorge et rhinorrhée. De plus, 93 % ($n = 224/240$) avaient reçu au moins deux doses de vaccin, ce qui reflétait les taux de vaccination de plus de 95% au sein de l'hôpital. Sur une période d'observation de 3 semaines, 55% ($n=132/240$) des TdeS infectés ont pu réintégrer le travail plus tôt, ce qui équivaut à une réduction de 532 jours du nombre de jours d'absence des TdeS en raison de la COVID pour cet hôpital. Ce changement de politique a donc été bénéfique pour la continuité des services et n'a pas été associé à un pic de cas positifs au SRAS-CoV-2 parmi les patients hospitalisés sur la même période. Bien que plus de 25 % des TdeS ($n = 63$) ont pu revenir au travail dès le jour 6, il en demeure que 45% des TdeS ($n = 108$) testaient encore positifs au TDAR au jour 9.

Une étude de cohorte, menée dans un CHU pédiatrique au Québec (Blanchard *et al.*, 2022), a porté sur les infections secondaires survenues parmi 475 TdeS ayant des contacts domiciliaires avec des cas de COVID-19 avec le variant Omicron (entre le 20 décembre 2021 et le 17 janvier 2022). Parmi les TdeS exposés, 50 % (238 sur 475) sont devenus positifs, dont 82 % ont été trouvés positifs lors du test initial. Parmi les 279 TdeS contacts domiciliaires maintenus au travail, 42 (15 %) sont devenus positifs avec une médiane de 4 jours après le test initial. Aucune transmission nosocomiale n'a été observée parmi la clientèle et les autres TdeS de cet hôpital.

Constats issus de la littérature grise

Parmi les 10 instances consultées en date du 4 août 2022 (tableau A), on remarque une tendance vers une diminution (soit 10 jours et moins) de la durée de retrait des cas de COVID-19.

Tableau A - Instances consultées

AHS	Alberta Health Services
ASPC	Agence de santé publique du Canada
AU	Australian government department of health
BCCDC	British Columbia Center for disease control
CDC	Centers for disease control and prevention
ECDC	European centre for disease prevention and control
MSO	Ministère de la Santé - Ontario
OMS	Organisation mondiale de la santé
RU	UK Health security Agency (Royaume-Uni)
SPO	Santé publique Ontario
Swissnoso	Centre national de prévention des infections (Suisse)

Bien que la plupart des instances recommandent le retrait des cas, ainsi que le dépistage et le retrait des contacts, une hétérogénéité dans la séquence de dépistage (chez les contacts) et la durée de retrait (des cas et des contacts) est constatée. Par ailleurs, des variables différentes sont utilisées pour moduler les mesures, notamment la vaccination, le niveau de risque de l'exposition ou l'intensité des symptômes.

Concernant les cas, toutes les instances recommandent leur retrait¹, qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques. De façon générale, 1 ou 2 tests de contrôle sont recommandés si le retour se fait avant la dixième journée de l'infection (sauf Au, AHS, BCCDC, Suisse). La durée de retrait des cas s'étend de 48 heures (Suisse) à 13 jours (OMS) et une amélioration clinique depuis 24 à 48 heures est exigée avant le retour par tous.

En ce qui a trait aux contacts, lorsque le TdeS n'a pas reçu sa vaccination de base complète ou en présence d'une exposition à risque élevé, un retrait est généralement recommandé (sauf BCCDC, Suisse et RU). La durée de retrait est aussi longue que 14 jours (OMS) et aussi courte que dès que le TdeS a reçu un premier résultat négatif (ECDC). La majorité des instances continue de recommander des dépistages systématiques répétés après l'exposition (sauf BCCDC, RU, Suisse). La séquence varie selon le statut vaccinal ou le risque de l'exposition.

¹ Toutefois, l'ASPC (2022) n'émet pas de recommandations spécifiques, mais réfère plutôt aux modalités établies par les provinces et territoires.

En conclusion, puisqu'il est difficile de dégager une ligne de conduite commune à travers les instances internationales, le CINQ a également considéré les données expérientielles issues de milieux de soins indiquant qu'une transmission nosocomiale est parfois associée au retour précoce des TdeS. Ces éléments, combinés à la littérature scientifique, ont guidé la révision des recommandations pour la prise en charge des TdeS afin de permettre le meilleur accès possible aux soins tout en assurant la sécurité des usagers.

Définitions

Cas de COVID-19 : Référer à [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Pour la gestion des expositions dans ce document, ce cas peut être :

- ▶ **Cas confirmé :** cas avec détection d'acides nucléiques du SRAS-CoV-2 (ex. : test d'amplification des acides nucléiques positif (TAAN+)).
- ▶ **Cas confirmé par lien épidémiologique :** cas avec symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevée avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité ET aucune autre cause apparente.
- ▶ **Cas probable :** cas avec un test de détection antigénique rapide positif (TDAR+) pour le SRAS-CoV-2 et qui ne répond pas aux critères d'un cas confirmé ET qui présente des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19 OU qui a eu un contact étroit avec un cas de COVID-19 OU qui a été exposé à un milieu en éclosion.

Épisode antérieur de COVID-19 : un épisode antérieur de COVID-19 est reconnu s'il a été confirmé

- ▶ Par TAAN-labo OU
- ▶ Avec un TDAR positif ET une histoire fiable sur l'exposition, les symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 et la date de test OU
- ▶ Par lien épidémiologique : symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevé avec un cas confirmé par TAAN-labo ou avec TDAR positif.

Rebond de COVID-19 : Réapparition des symptômes de COVID-19 pouvant survenir, chez certaines personnes, de 2 à 8 jours après la fin du traitement avec Paxlovid^{MC}.

Travailleur de la santé : Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers dans les milieux de soins visés.

Vaccination de base contre la COVID-19 (adapté de CIQ, 2022):

- ▶ Adultes (18 ans et plus)² sans antécédent d'une ou plusieurs infections au SRAS-CoV-2 : primovaccination à 2 doses suivie d'une première dose de rappel;
- ▶ Adultes (18 ans et plus)² avec antécédent d'une ou plusieurs infections au SRAS-CoV-2 (TAAN+ ou TDAR+) : total de 2 doses.

² Inclut l'ensemble des travailleurs de la santé et les femmes enceintes.

1 Travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact

	Type d'exposition au cas de COVID-19	Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois, peu importe le statut vaccinal	Vaccination de base contre la COVID-19 complète	Vaccination de base contre la COVID-19 incomplète ou immunosupprimé
TdeS asymptomatique	Contact étroit ^A en milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ▶ Aucun dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible et chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours après la dernière exposition 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif, référer section 7 ▶ Poursuivre dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours après la dernière exposition
	Contact étroit ^B ponctuel ou domiciliaire limité	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6
	Contact étroit ^B domiciliaire continu	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6

^A Contact étroit avec un cas de COVID-19 < 2 mètres et > 10 minutes, sans port du masque médical (sans égard au niveau du masque médical ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou APR et protection oculaire si requis (IMGA ou autre situation).

^B Contact étroit avec un cas de COVID-19 < 2 mètres et > 10 minutes, sans port du masque médical.

2 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)

Peu importe le statut vaccinal

TdeS SYMPTOMATIQUE

Épisode antérieur de COVID-19 \leq 60 jours^{A, B} :

- ▶ Aucun retrait du travail ni dépistage en lien avec le SRAS-CoV-2.
- ▶ Envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic.

Aucun épisode de COVID-19 antérieur ou épisode antérieur de COVID-19 $>$ 60 jours :

- ▶ Retrait du travail et effectuer **TAAN-labo** dès que possible.
- ▶ Résultat positif : référer à [section 3](#).
- ▶ Résultat négatif :
 - ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires)
 - ▶ Persistance ou augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre le retrait en attendant les résultats. Référer le TdeS pour une consultation médicale si jugé pertinent.

^A Il est reconnu que l'immunité dure plus de 90 jours. Toutefois, au-delà de 60 jours, les probabilités d'obtenir un résultat positif qui serait causé par l'infection antérieure sont plus faibles.

^B Lorsqu'une possibilité de rebond de COVID-19 est suspectée par le clinicien, le TdeS doit être géré comme un cas. La durée du retrait doit être calculée à partir de la date de recrudescence des symptômes, et est la même que pour un épisode initial.

3 Travailleur de la santé confirmé de COVID-19

(si résultat faible positif, consulter le tableau 4)

Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois, excluant les immunosupprimés	Avec ou sans symptômes, peu importe le statut vaccinal	
	Travailleur de la santé immunocompétent	Travailleur de la santé immunosupprimé
<p>Même s'il n'est pas recommandé de faire un test, s'il a été réalisé et est positif^A</p> <p>Épisode antérieur ≤ 60 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ne pas considérer comme un nouveau cas de COVID-19 ▶ TdeS asymptomatique : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ni mesures supplémentaires ▶ TdeS symptomatique^E : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Envisager un autre diagnostic ▶ Appliquer les mesures en fonction de ce diagnostic <p>Épisode antérieur > 60 jours et ≤ 3 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS asymptomatique <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintien au travail ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ TdeS symptomatique <ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les mêmes mesures que la colonne pour un TdeS immunocompétent 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^{B, C} sans test de contrôle ou 7 jours^{B, C} avec deux TDAR^D négatifs (jours 6 et 7) après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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>Immunosuppression (excluant immunosuppression sévère)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 14 jours^{B, C} avec deux TDAR^D négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) ET ▶ Référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Immunosuppression sévère (par ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR^D 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 du TdeS est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19

^A Adapté du document *Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*, tableau 2, version 4.0, du 16 décembre 2021.

^B Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement 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.

^C Durée du retrait : Le calcul s'effectue en jours complétés (par période de 24 heures). Par exemple, pour un retrait du travail de 10 jours qui débute le 1^{er} avril à 16h00, vous comptez 10 jours complets d'isolement. Le retour au travail est possible (si les conditions de levée d'isolement sont respectées) à partir du 11 avril à 16h00.

^D Le TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé. L'autotest n'est pas valable pour cesser un isolement.

^E Lorsqu'une possibilité de rebond de COVID-19 est suspectée par le clinicien, le TdeS doit être géré comme un cas. La durée du retrait doit être calculée à partir de la date de recrudescence des symptômes, et est la même que pour un épisode initial.

4 Travailleur de la santé ayant obtenu un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral » (faible positif) suite à un épisode antérieur de COVID-19

- ▶ Si le résultat du TAAN est « détecté faible quantité d'ARN viral », appliquer les mesures du tableau suivant en fonction du délai depuis l'épisode de COVID-19 antérieur et la présence ou non de symptômes (ces mesures sont adaptées du document de l'INSPQ *Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*, tableau 3, version 3.1 du 19 mai 2021).
- ▶ Ces recommandations concernent seulement les travailleurs de la santé qui ont déjà eu un épisode antérieur de COVID-19.
- ▶ Ces recommandations ne s'appliquent pas dans le cas du résultat d'un TDAR.

Délai écoulé depuis l'épisode antérieur de COVID-19	Symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19	Mesures de PCI
≤ 3 mois	Absence ou présence	Aucun retrait ni mesures supplémentaires
> 3 mois	Absence	<p>Si aucune exposition à un cas de COVID-19 : Aucun retrait ni mesures supplémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si exposition à un cas de COVID-19 : répéter le TAAN 24-48 heures plus tard ▶ Isolement préventif jusqu'au 2^e TAAN ▶ Gérer selon le résultat du 2^e TAAN <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : considérer comme un cas de COVID-19 et appliquer les mesures à la section 3 ▶ Autres résultats : ne pas considérer comme un cas actif
	Présence	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Répéter le TAAN 24-48 heures plus tard ▶ Isolement préventif jusqu'au 2^e TAAN ▶ Gérer selon le résultat du 2^e TAAN <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : considérer comme un cas de COVID-19 et appliquer les mesures à la section 3 ▶ Autres résultats : ne pas considérer comme un cas actif

5 Autosurveillance des symptômes

L'employeur doit **jusqu'à 10 jours** suivant la dernière exposition

- ▶ Informer le TdeS de surveiller l'apparition de tout symptôme ou signe compatible avec la COVID-19 et des personnes à aviser le cas échéant. S'il n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. : selon la situation épidémiologique qui prévaut, la tenue d'un registre ou une validation verbale par l'employeur peuvent être introduites).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 2](#).

Le travailleur de la santé doit **jusqu'à 10 jours** suivant la dernière exposition

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ S'il n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ S'il développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai et appliquer les consignes de l'employeur.
 - ▶ Référer aux [consignes en vigueur](#).

6 Auto-isolement au travail

Le travailleur de la santé doit, jusqu'à 10 jours suivant la dernière exposition lors d'un contact **ou jusqu'à 10 jours** après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) pour le TdeS confirmé COVID-19 :

- ▶ Respecter strictement les mesures de PCI et consignes en vigueur (port du masque, distanciation physique).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Pendant le travail, porter un masque médical.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.
- ▶ Pour les recommandations pour le covoiturage et pour les aires communes, référer à : [SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins | INSPQ](#).

7 Retrait du travail pour un travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact

Le TdeS doit :

- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes (référer [section 5](#)).
- ▶ S'il développe des symptômes, le TdeS doit :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai et appliquer les consignes de l'employeur.
 - ▶ Référer à la [section 2](#).
 - ▶ Référer [aux consignes en vigueur](#).

8 Accès compromis aux services et retour précoce de travailleurs de la santé

La disponibilité de TdeS formés et en nombre suffisant est un élément essentiel de la sécurité des soins dans un milieu de santé. Il incombe aux établissements et aux installations de planifier les ressources humaines nécessaires pour maintenir l'accès aux soins et services sécuritaires aux usagers. Les différents comités, gestionnaires et équipes concernées (ex. : ressources humaines, service de santé et sécurité, PCI, soins infirmiers, qualité, gestionnaire d'unité ou service, etc.) doivent également prévoir à l'avance et réviser régulièrement des scénarios pour faire face à différents risques (ex. : plan de contingence).

Lorsque le manque de TdeS risque d'entraîner un bris dans les services aux usagers, une approche multidisciplinaire et collaborative est nécessaire à la mise en place de stratégies sécuritaires basées sur une analyse rigoureuse des risques propres à chaque milieu (ex. : vulnérabilité de la clientèle, organisation physique) conformément aux aspects législatifs et déontologiques auxquels les établissements de santé sont tenus.

Les établissements possèdent toutes les structures, les expertises et l'agilité nécessaires, afin de moduler les recommandations pour un retour au travail précoce sécuritaire. Il est donc de leur responsabilité d'adapter, au besoin, les recommandations présentées dans ce document, afin de répondre à la situation en cours dans leur milieu.

Considérations importantes pour un retour au travail précoce

La décision de retourner au travail un TdeS qui est un cas de COVID-19, avant la fin de la période recommandée de retrait, ou de retourner un TdeS exposé (contact) avant l'obtention de son résultat de TDAR est une mesure qui, si elle survient, doit être exceptionnelle et temporaire. Elle doit toujours s'accompagner de mesures de mitigation du risque pour éviter une transmission vers les autres travailleurs de la santé et les usagers. Lorsque la situation s'améliore, les recommandations usuelles doivent être reprises.

Pour guider la prise de décision, les considérations suivantes (inspirées des instances internationales indiquées entre parenthèses), représentent un ensemble de bonnes pratiques à maintenir. Elles peuvent servir de balises pour guider les décideurs.

- ▶ Évaluer l'impact de l'absence du TdeS sur la continuité des services avant de déterminer s'il doit faire l'objet d'un retour précoce (prioriser le retour d'un TdeS uniquement pour des soins et services qui sont essentiels).

- ▶ Retourner en premier le TdeS dont la période d'isolement est presque terminée (CDC, Ontario).
- ▶ Envisager une réaffectation à d'autres tâches (n'impliquant pas d'interactions à haut risque) ou une évaluation par le service de santé (ou un autre service selon le milieu) avant de reprendre les soins directs aux usagers (Ontario).
- ▶ S'assurer qu'au moment du retour au travail, le TdeS qui est un cas de COVID-19 présente une absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et une amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). Il est essentiel de s'assurer que le TdeS est physiquement apte à travailler.
- ▶ Prioriser l'affectation du TdeS aux soins des usagers positifs à la COVID-19 ou rétablis (CDC, Ontario).
- ▶ Éviter d'affecter le TdeS qui est un cas de COVID-19 ou un TdeS exposé, aux soins d'usagers vulnérables (ex. : unités de greffés, usagers avec immunosuppression sévère ou à risque de complications graves) (Australie, BCCDC, Ontario).
- ▶ Envisager affecter le TdeS à une seule installation (Australie, Ontario).
- ▶ Prévoir un mécanisme permettant d'objectiver l'absence de signes et symptômes compatibles avec la COVID-19 avant chaque quart de travail chez un TdeS exposé (BCCDC, CDC, Ontario).
- ▶ S'assurer d'un mécanisme pour documenter le respect strict et rigoureux de l'hygiène des mains, du port des ÉPI et des autres mesures en vigueur (ex. : distanciation, dépistages) par les TdeS exposés ou cas de COVID-19 (Australie, BCCDC, CDC, Ontario).
- ▶ Assurer un suivi de l'épidémiologie locale de toute unité où est affecté un TdeS qui est un cas de COVID-19 en retour précoce afin de documenter toute transmission nosocomiale pouvant y être associée. Le cas échéant, aviser rapidement les gestionnaires visés, réviser les pratiques sur l'unité et recourir à d'autres mesures de mitigation.
- ▶ Éviter que le TdeS qui est un cas ne côtoie sans masque médical des TdeS qui ne sont pas des cas (Australie, Ontario, BCCDC).

Scénarios de retour au travail précoce

Sur la base des principes énoncés précédemment, les scénarios de retour précoce suivants sont proposés :

1^{er} choix

TdeS asymptomatique qui est un contact avec vaccination de base incomplète

- ▶ TAAN dès que possible puis chaque 2-3 jours pendant 7 jours après l'exposition.
- ▶ Le TdeS peut travailler en attendant le résultat.

2^e choix

TdeS confirmé de COVID-19 (cas)

- ▶ Retrait 5 jours minimum;
- ▶ À partir du 5^e jour :
 - ▶ Obtenir deux TDAR négatifs à intervalle de 24 heures avant le retour au travail.
 - ▶ Si un bris de service persiste ou selon la vulnérabilité de la clientèle desservie, le retour est possible après obtention d'un seul TDAR négatif.

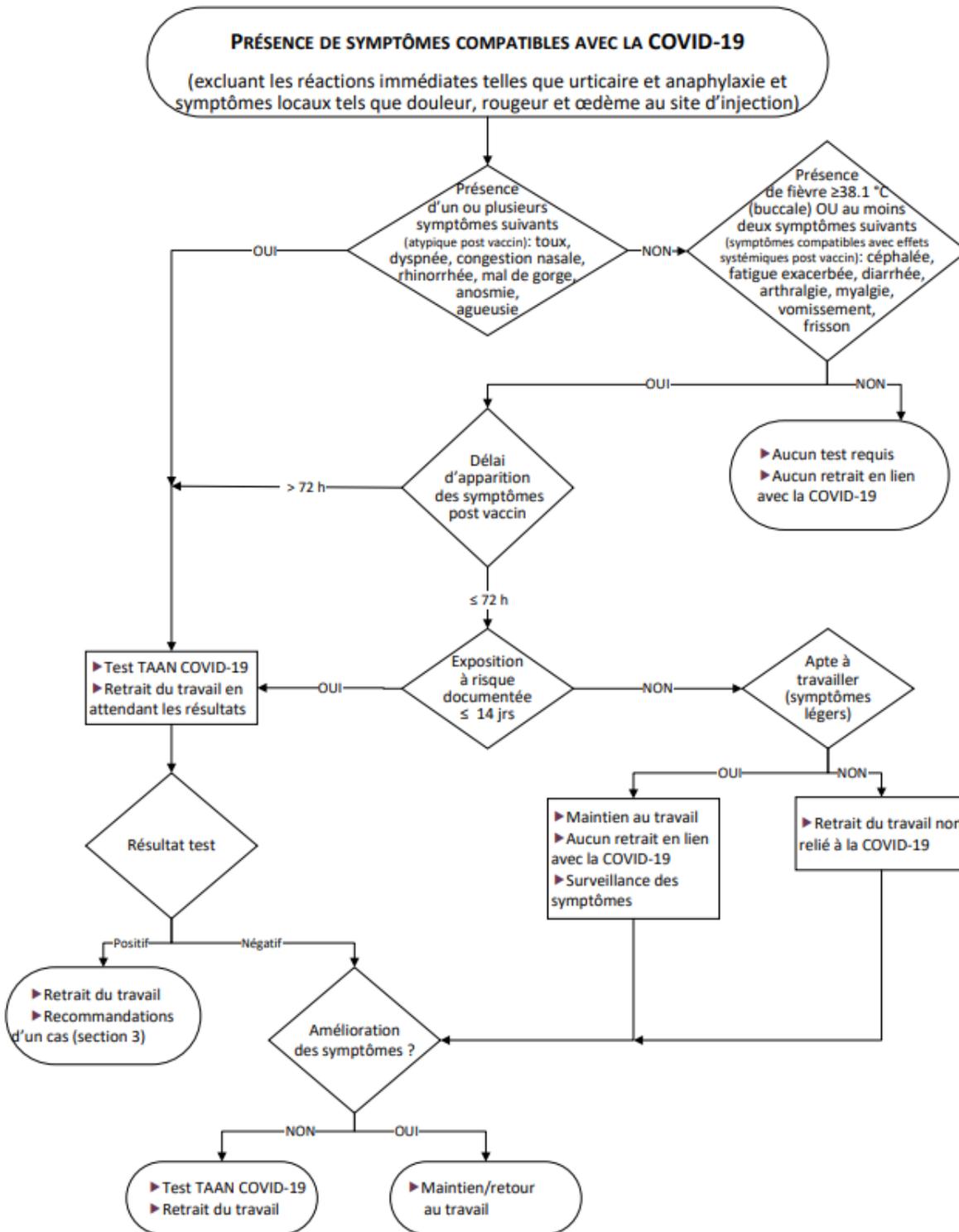
9 Prise en charge des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19

Les personnes vaccinées sont susceptibles de présenter différents symptômes dans les jours suivant la vaccination. Considérant que ces symptômes peuvent ressembler à ceux compatibles avec la COVID-19, des recommandations sur la prise en charge des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination sont nécessaires. Pour des informations sur les vaccins contre la COVID-19 et les manifestations cliniques indésirables (MCI) rapportés, consulter le Protocole d'immunisation du Québec ([PIQ](#)).

L'algorithme qui suit tient compte du fait que les réactions systémiques sont plus fréquentes après une 2^e dose de vaccin, après une dose subséquente, ou chez quelqu'un qui a déjà fait l'infection. Les symptômes ont donc été différenciés entre ceux pouvant être le plus associés au vaccin dans les 72 heures après son administration et ceux non associés au vaccin et donc pouvant plutôt laisser suspecter une infection par le SRAS-CoV-2 (toux, dyspnée, congestion nasale, rhinorrhée, mal de gorge, anosmie, agueusie). Le délai d'apparition des symptômes est également important à déterminer afin de mieux orienter la prise en charge des TdeS.

Étant donné la circulation concomitante d'autres virus respiratoires dans la population, si un test pour la COVID-19 est effectué et que le résultat est négatif, il est nécessaire d'évaluer la pertinence de procéder à des analyses pour les autres virus respiratoires selon l'évolution clinique du travailleur et l'épidémiologie de ces virus. Pour plus d'informations sur la circulation des virus respiratoires, le lecteur est invité à consulter les pages Web du [Laboratoire de santé publique du Québec](#) (LSPQ) et du [ministère de la Santé et des Services sociaux](#) (MSSS).

Algorithme 1 – Gestion des travailleurs de la santé post vaccination contre la COVID-19



Références

Agence de santé publique du Canada (2021, 23 décembre). *Mise à jour sur la prise en compte d'Omicron – Prévention et contrôle provisoires de l'infection par la COVID-19 dans le contexte des soins de santé lorsque la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée – 23 décembre 2021.* <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/omicron-prevention-controle-contexte-soins-sante-covid-19-soupconnee-confirmee.html>

Águila-Mejía, J.D., Wallmann, R., Calvo-Montes, J., Rodriguez-Lozano, J., Valle-Madrado, T. *et al.* (2022, juin). Secondary Attack Rates, Transmission, Incubation and Serial Interval Periods of first SARS-CoV-2 Omicron variant cases in a northern region of Spain. *Emerging Infectious Diseases*, 28(6), 1224-1228. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35393009/>

Alberta Health Services. (2022, 21 juillet). *COVID-19 Return to work guide for health care workers.* <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Alberta Health Services. (2022, 19 juillet). *COVID-19 Return to Work Decision Chart For Healthcare Workers.* <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-decision-chart-healthcare-worker.pdf>

Australian Government Department of health. (2022a, 18 janvier). *Work permissions and restrictions for workers in health care settings, Interim guidance.* <https://www.health.gov.au/resources/publications/permissions-and-restrictions-for-workers-in-health-care-settings-interim-guidance>

Australian Government Department of health. (2022b, 14 janvier). *COVID-19 CDNA National guidelines for public health units, version 7.3.* <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/09/coronavirus-covid-19-cdna-national-guidelines-for-public-health-units.pdf>

Australian Government Department of health. (2022c, 11 février). *Interim guidance on managing workforce in regards to COVID-19 in aged care.* <https://www.health.gov.au/resources/publications/interim-guidance-on-managing-workforce-in-regards-to-covid-19-in-aged-care>

Bastard, J., Taisne, B., Figoni, J., Mailles, A., Durand, *et al.* (2022, 31 mars). Impact of the Omicron variant on SARS-CoV-2 reinfections in France, March 2021 to February 2022. *Eurosurveillance*, 27(13), 1-7. https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.13.2200247#abstract_content

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(11), 3162-3172. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32777130/>

Blanchard, A.C., Lamarre, V., Lamarche, J., Audy, N., Quach, C. (2022, 25 août). Mitigating healthcare staffing shortages: Should healthcare workers with severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) household exposures work? *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 1-3. <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/mitigating-healthcare-staffing-shortages-should-healthcare-workers-with-severe-acute-respiratory-coronavirus-virus-2-sarscov2-household-exposures-work/27345CCA326255F892F4E052BC3D2426>.

Boucau, J., Marino, C., Regan, J., Uddin, R., Choudary, M. C. *et al.* (2022, 21 juillet). Duration of Shedding of Culturable Virus in SARS-CoV-2 Omicron (BA.1). *The New England Journal of medicine*, 387(3). <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2202092?articleTools=true>

Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H. *et al.* (2021, 16 décembre). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. *Eurosurveillance*. 26(50). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.50.2101147>

British Columbia Centre for Disease Control/British Columbia Ministry of Health. (2022, 28 juin). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19 and Management of Health-Care Worker Exposures to COVID-19* http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2022a, 21 janvier). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022, 2 février). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2022h, 21 janvier). *Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html#print>

Centers for Disease Control and Prevention (2021i, 27 décembre). *CDC updates and shortens recommended isolation and quarantine period for general population*. <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s1227-isolation-quarantine-guidance.html>

Chemaitelly, H., Ayoub, H.H., Coyle, P. et al. (2022). Protection of Omicron sub-lineage infection against reinfection with another Omicron sub-lineage. *Nature Communications*, 13, 4675. <https://www.nature.com/articles/s41467-022-32363-4>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2022b, 9 juin). *CIQ : Vaccination de base contre la COVID-19 et consolidation périodique de l'immunité*. Version 9 Juin 2022 <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3220-vaccination-base-covid-19-consolidation-periodique-immunite.pdf>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2022b, 20 janvier). *SRAS-CoV-2 : Avis complémentaire concernant la durée de contagiosité chez les cas confirmés de COVID-19 du variant Omicron dans les milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec.

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

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

Dhillon, RA. , Qamar, MA., Gilani, JA., Irfan, O., Waqar, U., Sajid, MI., Mahmood SF. (2021). The mystery of COVID-19 reinfections: A global systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine and Surgery*, 72. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.103130>

European Centre for disease control and prevention. (2022a, 7 janvier). *Guidance on quarantine of close contacts to COVID-19 cases and isolation of COVID-19 cases, in the current epidemiological situation*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/quarantine-and-isolation>

European Centre for disease control and prevention (2022b, 28 janvier). Technical report: Guidance on ending the isolation period for people with COVID-19, third update. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guidance-for-discharge-and-ending-of-isolation-of-people-with-COVID-19-third-update.pdf>

Hay, J., Kissler, S., Fauver, J.R., Mack, C., Tai, C.G. et al. (2022, 13 janvier). Viral dynamics and duration of PCR positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant. PrePrint. *Harvard Library*. https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/37370587/omicron_ct.1-13-22.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Helmsdal, G., Hansen, O.K., Moller, L.F., Christianson, D.H., Petersen M.S. et al. (2021, 22 décembre). Omicron outbreak at a private gathering in the Faroe Islands, infecting 21 of 33 triple-vaccinated healthcare workers. *Clinical Infectious Diseases*, 75(3), 893-896. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35134167/>

Institut national de santé publique du Québec. (2022, 16 mai). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Jansen, L., Tegomoh, B., Lange, K., Showalter, K., Figliomeni, K. *et al.* (2021, 31 décembre). Investigation of a SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) Variant Cluster.-Nebraska, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(51-52), 1782-1784. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm705152e3-H.pdf>

Keske Ş, Esken GG, Vatanserver C, Beşli Y, Kuloğlu ZE, Nergiz Z, Barlas T, Şencanlı Ö, Kuşkucu MA, Palaoğlu E, Can F, Ergönül Ö. (2022, 16 juillet). Duration of infectious shedding of SARS-CoV-2 omicron variant and its relation with symptoms. *Clinical Microbiology and Infection*, S1198-743X(22)00373-1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9287585/>

Kohmer, N., Toptan, T., Pallas, C., Karaca, O., Pfeiffer, A., Westhaus S., *et al.* (2021). The comparative clinical performance of four SARS-CoV-2 rapid antigen tests and their correlation to infectivity in vitro. *Journal of Clinical Medicine*, 10 (328), 1-11. <https://doi.org/10.3390/jcm10020328>

Lee JJ, Choe YJ, Jeong H, Kim M, Kim S, Yoo H, *et al.* (2021, novembre). Importation and transmission of SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) variant of concern in Korea, November 2021. *Journal of Korean Medical Science*, 36(50):e346. <https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e346>

McKay, S.L., Tobolowsky, F.A., Moritz, E.D., Hatfield, K.M., Bhatnagar, A., *et al.* (2021, juillet). CDC Infection prevention and control team and the CDC COVID-19 surge laboratory group. Performance evaluation of serial SARS-CoV-2 rapid antigen testing during a nursing home outbreak. *Annals of internal medicine*, 174, 945–851. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>

Ministère de la Santé Ontario (2022, 31 août). Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario (version 15). https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts.pdf

Ministère de la Santé Ontario (2022, 11 juin). Document d'orientation COVID-19 : Soins actifs - Version 8. https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_acute_care_guidance.pdf

Peltan, I.D., Beesley, S.J., Webb, B.J., Lopansri, B.K., Sinclair W., *et al.* (2021, 4 mai). Evaluation of potential COVID-19 recurrence in patients with late repeat positive SARS-CoV-2 testing. *PLoS ONE*, 16(5): e0251214. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251214>

Public Health England (2022, 1 avril). COVID-19: managing healthcare staff with symptoms of a respiratory infection. Guidance Managing healthcare staff with symptoms of a respiratory infection or a positive COVID-19 test result. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-managing-healthcare-staff-with-symptoms-of-a-respiratory-infection/managing-healthcare-staff-with-symptoms-of-a-respiratory-infection-or-a-positive-covid-19-test-result>

Raza, M., Giri, P., Basu, Subhashis. (2022, 27 mars). Surveillance and return to work of healthcare workers following SARS-CoV-2 Omicron variant infection, Sheffield, England, 17 January to 7 February 2022. *Eurosurveillance*, 27(11). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2022.27.11.2200164>

Santé publique Ontario. (2021, 15 avril). *FOCUS ON public health management of COVID-19 exposure post infection*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/03/focus-on-post-infections-public-health-management.pdf?la=en>

Santé publique Ontario (2022, Avril) *TECHNICAL BRIEF Interim Infection Prevention and Control Measures based on COVID-19 Transmission Risks in Health Care Settings* https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/ipac/technical-brief-ipac-measures-transmission-risks.pdf?sc_lang=en

Smith, R.L., Gibson, L.L., Martinez, P.P., Ke, R., Mirza, A. *et al.* (2021, 30 juin). Longitudinal assessment of diagnostic test performance over the course of acute SARS-CoV-2 infection, *The Journal of Infectious Diseases*, 224(6), 976–982. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab337>

Song, J. S., Lee, J., Kim, M., Jeong, H., Kim, M. S., Kim, S.Park, Y. (2022). Serial Intervals and Household Transmission of SARS-CoV-2 Omicron Variant, South Korea, 2021. *Emerging Infectious Diseases*, 28(3), 756-759. <https://doi.org/10.3201/eid2803.212607>

Stegger M., Edslev, S.M., Sieber, R.N., et al. (2022, 22 février). *Occurrence and significance of Omicron BA.1 infection followed by BA.2 reinfection*, medRxiv preprint. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.19.22271112v1.full.pdf>

Stiefel, U., Bhullar, D., Zabarasky, T., Palmieri, N.F., Diaz, K.D., et al. (2022, 8 février). Healthcare personnel frequently have positive severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 antigen tests 5 days or more after diagnosis of coronavirus disease 2019, *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 1-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35131000/>

Swissnoso. (2022a, 14 janvier). *Consensus des experts de Swissnoso pour des mesures d'accompagnement supplémentaires alignées sur la durée réduite des isolements et quarantaines dus au COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/220114_SN_consensus_mesures_supplementaires_duree_reduite_des_isolements_et_quarantaines_FR.pdf

Swissnoso (2022b, 21 juin). *Recommandations de Swissnoso sur les mesures de prévention du COVID-19 dans les hôpitaux de soins aigus*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/220621_SN_reco_COVID-19_mesures_acute_care_v3.1_FR_final.pdf

Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., et al. (2020, 1^{er} avril). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature*, 581, pages 465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

World Health Organization. (2021, 2 février). *COVID-19: Occupational health and safety for health workers: interim guidance, 2 February 2021 Interim guidance*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1

World Health Organization (2021, 30 octobre). Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>

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 Diseases*, 26(8). <https://doi.org/10.3201/eid2608.200681>

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
6.0	2022-10-07	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'une section « Méthodologie ». ▶ Révision de la section portant sur la littérature scientifique et la littérature grise. ▶ Retrait de certaines définitions. ▶ Révision des catégories de protection. ▶ Mise à jour des recommandations pour le TdeS asymptomatique qui est un contact (Tableau 1). ▶ Mise à jour des recommandations pour le TdeS symptomatique (tableau 2). ▶ Mise à jour des recommandations pour le TdeS confirmé COVID-19 (tableau 3). ▶ Révision de la section 7. ▶ Mise à jour des recommandations pour le retour précoce des TdeS lors d'accès compromis aux services (section 8). ▶ Intégration des recommandations du document Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19 en milieu de soins (mis à jour le 21 décembre 2021) (section 9).
5.0	2022-04-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision des catégories de protection ▶ Mise à jour des mesures pour les personnes symptomatiques en fonction du délai par rapport à une infection antérieure et du résultat du test ▶ Ajouts des mesures pour un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral ».
4.3	2022-04-01	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision de la catégorie « considéré protégé » et ajout d'une définition sur le calcul de la durée de l'isolement ou du retrait
4.2	2022-03-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour pour le retour précoce d'un TdeS confirmé COVID-19 lors d'accès compromis aux services
4.1	2022-02-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour partielle données sur l'efficacité vaccinale ▶ Ajout utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées ▶ Mise à jour test requis pour le retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service
4.0	2022-01-28	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision des retraits préventifs pour les contacts domiciliaires. ▶ Révision de la priorisation du retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service. ▶ Retrait des documents de référence pour la gestion des cas et contacts en communauté et de réinfection.
3.1	2022-01-06	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour partielle des données en lien avec Omicron. ▶ Ajout section Rupture de service et retour de travailleurs de la santé.
3.0	2021-12-21	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout définitions types de test. ▶ Révision des catégories de protection. ▶ Révision des recommandations selon les catégories de protection.
2.0	2021-09-14	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale. ▶ Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé. ▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

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

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

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

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

Jean-François Laplante (poste intérimaire)
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

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

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

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

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

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

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

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers

Josée Massicotte, médecin-conseil

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil

Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION

Natasha Parisien, chef de secteur

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin conseil

Direction des risques biologiques

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative

Direction des risques biologiques

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3141

**Institut national
de santé publique**

Québec 