INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les soins à domicile

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

7 décembre 2022– version 8.0. Modifications apportées en jaune

Sommaire

Principales modifications	**2**
Méthodologie	**2**
Mesures de prévention et contrôle des infections en période de circulation du SRAS-CoV-2	**3**
Mesures à appliquer en présence de cas suspectés ou de cas de COVID-19	**6**

Préambule

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

Ce document présente les recommandations de prévention et contrôle des infections (PCI) du SRAS-CoV-2 émises par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) pour les soins à domicile. Elles sont basées sur les connaissances scientifiques actuelles, les recommandations de nombreuses organisations (voir section *Méthodologie*) et sont révisées de façon continue. Certaines recommandations découlent également d'un consensus des experts du CINQ. Plus globalement, la démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et ce, tout en assurant la sécurité de la population.

Ce milieu doit avoir comme objectif la prévention de l'introduction du virus SRAS-CoV-2, l'identification rapide d'un usager ou d'un travailleur de la santé (TdeS) pouvant être infecté et l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections appropriées.

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).

Québec

Principales modifications

Uniformisation de la terminologie avec les autres documents PCI.

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 se 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 ci-dessous) 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 sont discutées avec les membres du CINQ afin d'établir un consensus d'experts sur la question.

Les recommandations sont révisées en continu en fonction de l'évolution de l'épidémiologie, de la littérature scientifique et des recommandations des instances internationales.

Les sections contenant le symbole suivant 📌 contiennent un lien vers un complément d'information dans le document *SRAS-CoV-2 : Assises scientifiques soutenant les recommandations sur les mesures de prévention et contrôle des infections*

Instances consultées

AU	Australian government department of health
ASPC	Agence de santé publique du Canada
BCCDC	British Colombia Center for diseases control
CDC	Centers for disease control and prevention
ECDC	European centre for disease prevention and control
HCSP	Haut Conseil de santé publique (France)
OMS	Organisation mondiale de la santé
RU	UK Health security Agency (Royaume-Uni)
PHO	Public Health Ontario
Swissnoso	Centre national de prévention des infections (Suisse)

Mesures de prévention et contrôle des infections en période de circulation du SRAS-CoV-2

Pratiques de base	Il faut prêter une attention particulière au respect de : ▶ L'hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les usagers, les TdeS et les personnes proches aidantes. Se référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains. ▶ Le TdeS doit assister l'usager pour procéder à l'HDM au besoin. ▶ S'assurer d'avoir en tout temps à la disposition une solution hydroalcoolique. ▶ Si non disponible, prévoir un savon en pompe et utiliser une serviette de papier pour éviter l'usage des serviettes en tissu du domicile. ▶ L'hygiène et l'étiquette respiratoires. Se référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires. S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) requis en tout temps. Se référer à : ▶ Section *Équipement de protection individuelle*. ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle.
Surveillance chez les usagers	Afin d'identifier rapidement un cas : ▶ Exercer une vigilance sur l'apparition de symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, peu importe le statut immunitaire, requiert une évaluation clinique par une autorité compétente et devrait être validée en complémentarité avec une prise de signes vitaux. ▶ Valider avec l'usager s'il présente des symptômes compatibles avec la COVID-19 suite à la réception d'une dose de vaccin contre le SRAS-CoV-2. Si l'usager présente les symptômes suivants post-vaccination : ▶ Un des symptômes suivants : fièvre, anosmie, agueusie, mal de gorge, toux (nouvelle ou aggravée), essoufflement, dyspnée OU ▶ Deux des symptômes suivants : céphalée, fatigue intense, perte d'appétit importante, rhinorrhée ou congestion nasale de cause inconnue, myalgie, nausées ou vomissements, douleur abdominale ou diarrhée. Considérer comme un cas suspecté de COVID-19 si impossible d'obtenir un test de détection antigénique rapide (TDAR).
Surveillance chez les travailleurs de la santé	Pour la gestion des TdeS, se référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins.
Aires communes pour les TdeS	Se référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins.

Port du masque chez l'usager	Le port du masque médical est recommandé en tout temps pour l'usager à domicile lorsque le TdeS est présent pour un soin. **Exclusions** ▶ Usager ne tolérant pas le port du masque. ▶ Usager qui dort. ▶ Interférence avec les soins. Pour les autres exclusions, se référer à Port du masque ou du couvre-visage dans les lieux publics en contexte de pandémie de COVID-19. Le masque médical utilisé par l'usager devrait être : ▶ Certifié par la norme ASTM (American Society for Testing and Materials)de niveau 1 minimalement. ▶ Être changé s'il est mouillé, souillé ou endommagé. Se référer à SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins.

Port du masque chez le travailleur de la santé	▶ Un masque médical certifié par la norme ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui est un cas suspecté ou qui est un cas de COVID-19.
	▶ Un masque médical certifié par la norme ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour :
	  ▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou un cas de COVID-19.
	  ▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un autre TdeS.
	▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit :
	  ▶ Être changé à la sortie du domicile (ex. : appartement locatif, maison) ou de la pièce où a lieu le soin d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause.
	  ▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé.
	  ▶ Être porté pour une durée maximale de 4 heures consécutives outre les situations énumérées ci-haut.
	
	Se référer à SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins.

Distanciation physique de l'usager et de la personne proche aidante	Se référer aux directives ministérielles. ▶ Les personnes autres que l'usager et présentes dans la maison lors de la visite du TdeS (ex. : personne proche aidante, conjoint, parent en contexte pédiatrique, etc.) ne doivent pas rester dans la même pièce que le TdeS. ▶ Si impossible, ils doivent porter un masque médical.
Distanciation physique des travailleurs de la santé	Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres avec les autres TdeS et lorsque possible avec les usagers, en tout temps lors de soins. Se référer à Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins.
Formations	Formations et rappels recommandés : ▶ Pratiques de bases, ▶ Hygiène des mains, ▶ Vaccination, ▶ Identification d'un cas suspecté de COVID-19, ▶ Précautions additionnelles requises, ▶ Étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI. Tout autre sujet relié à la COVID-19 et jugé pertinent.
Avant la visite	Avant la visite, effectuer un prétriage téléphonique auprès de l'usager ou son représentant pour évaluer si l'usager ou une autre personne au domicile : ▶ Est un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Présente des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Présente un ou des critères d'expositions dans les 10 derniers jours. Se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins.
Lieu des soins	Améliorer la circulation de l'air dans la chambre ou dans la pièce où auront lieu les soins en ouvrant une fenêtre ou une porte extérieure lorsque possible.

Mesures à appliquer en présence de cas suspectés ou de cas de COVID-19

Précautions additionnelles	Le CINQ recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'usager et les interventions effectuées.
	
	Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire
	
	Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 sans IMGA (intervention médicale générant des aérosols) ou avec IMGA à risque non documenté.
	
	Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire
	
	Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 lorsqu'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (se référer à la section *Interventions médicales générant des aérosols*).
	
	▶ Les précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent être maintenues jusqu'à 6 heures après la réalisation de l'IMGA.
	
	▶ Si plusieurs soins dans la même journée que l'IMGA :
	  ▶ Maintenir les précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire 6 h post IMGA.
	  OU
	  ▶ Effectuer les soins dans une autre pièce que celle où a eu lieu l'IMGA en maintenant la porte de celle-ci fermée.
	
	▶ Si l'IMGA est un épisode unique et que le 6 h post IMGA est complété, appliquer les précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire.
	
	Pour plus d'information, se référer à : SRAS-CoV-2 : Avis du CINQ sur la protection respiratoire des travailleurs de la santé dans les milieux de soins.
	
	Précautions additionnelles gouttelettes-contact
	
	Usager asymptomatique avec un ou des critères d'exposition dans les 10 derniers jours (se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins).

Durée des précautions additionnelles	**La durée des précautions additionnelles correspond à la période de mise en place des mesures par les TdeS lors de la visite à domicile et non pas à la durée d'isolement de l'usager en communauté. Pour la durée d'isolement en communauté, se référer à :** https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement/quand-faut-il-sisoler. **1. Usagers avec maladie légère ou modérée :** ▶ Isolement pour 10 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.

Durée des précautions additionnelles	**2. Usagers avec maladie sévère** (c.-à-d. ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19 ou ayant nécessité des soins donnés habituellement dans une unité de soins intensifs) : ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. **3. Usagers avec immunosuppression** Se référer à la définition de l'INESSS : COVID-19 et personnes immunosupprimées. Une évaluation cas par cas doit être effectuée par l'équipe traitante dans le but de déterminer le degré d'immunosuppression selon le statut clinique de l'usager. **3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère** ▶ Isolement pour 14 jours avec deux TDAR** négatifs à intervalle de 24 heures ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) **3.2 Usagers avec immunosuppression sévère** (Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie). L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR** à intervalle de 24 heures, afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement. L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)*. Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 de l'usager est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (ex. : Décadron et Tocilizumab) Cogliati *et al.,* 2021 est aussi à évaluer par l'équipe traitante. Dans le contexte exceptionnel où il est médicalement impossible de déterminer le niveau d'immunosuppression, la stratégie suivante pourrait être considérée afin de cesser l'isolement : ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) ET ▶ Deux résultats de TDAR** négatifs, sur un écouvillon nasopharyngé ou des expectorations à intervalle de 24 heures. Les résultats doivent être interprétés par une autorité compétente (ex. : médecin traitant ou microbiologiste-infectiologue référant du CISSS/CIUSSS).

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

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

Durée des précautions additionnelles	**Particularités pour usagers avec suspicion de rebond de COVID-19** Lorsqu'une possibilité de rebond de COVID-19 chez l'usager est suspectée par le clinicien, les précautions additionnelles doivent être réinstaurées. La durée des mesures de précautions additionnelles, en utilisant soit la date du nouveau test positif, soit la date de recrudescence des symptômes, est la même que pour un épisode initial.
Équipements de protection individuelle (ÉPI)	**Équipements de protection individuelle requis <u>sans IMGA ou avec IMGA à risque non documenté de transmission d'aérosols infectieux</u> :** ▶ Blouse de protection à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques. ▶ Masque médical à usage unique. Se référer au document SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins. ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Se référer à COVID-19 : Choix d'une protection oculaire. ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. **Équipements de protection individuelle requis <u>avec IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux</u> :** ▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. ▶ Appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou l'équivalent : ▶ Les TdeS devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate. ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Se référer à COVID-19 : Choix d'une protection oculaire. ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

Retrait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)	Il est important d'éviter de se contaminer au moment du retrait de l'équipement de protection individuelle. L'ordre de retrait de l'ÉPI ci-dessous est tiré des méthodes de soins informatisées https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi, mais il peut être adapté selon les modalités locales. Une procédure pour le retrait de l'ÉPI est aussi disponible sur le site internet de l'ASSTSAS : http ://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf, mais il peut être adapté selon les modalités locales. **Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire** ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Pour terminer, retirer le masque puis procéder à l'hygiène des mains. **Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire** ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Pour terminer, retirer l'APR puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. L'APR ne doit pas être retiré à l'intérieur d'une pièce où se trouve un usager en précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire ou à l'endroit où une IMGA a été effectuée il y a moins de 6 h. L'endroit du retrait de l'APR est déterminé en fonction de l'organisation physique des lieux. Le retrait de l'ÉPI doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du domicile qui peuvent influencer le retrait sécuritaire de l'ÉPI afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises. Le lieu du retrait de l'ÉPI est donc déterminé selon la réalité de chaque intervention à domicile. À l'exception de l'APR, pour des raisons de confidentialité l'ÉPI ne devrait pas être retiré à l'extérieur du domicile.

Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	Se référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés COVID-19. S'il y a d'autres personnes au domicile, procéder à ces IMGA dans une pièce avec la porte fermée. Le seul fait qu'un usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 ait une trachéostomie ne fait pas en sorte que des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent être instaurées en présence de cet usager. Il est important de spécifier que c'est le geste chirurgical, soit la trachéotomie, qui est considéré une IMGA. Ce sont donc la trachéotomie ainsi que certains soins de trachéostomie (aspiration profonde des sécrétions par la trachéostomie) qui nécessitent des précautions aériennes-contact avec protection oculaire pour un usager suspecté ou un usager qui est un cas de COVID-19. Un changement de pansement au niveau de la trachéostomie, une aspiration des sécrétions à l'embouchure de la canule, l'application de soins topiques au site ou le changement de canule ne sont pas considérés des IMGA donc des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire sont adéquates pour un usager suspecté ou un usager qui est un cas de COVID-19. Pour les usagers non suspectés ou les usagers qui ne sont pas des cas de COVID-19 porteurs d'une trachéostomie, aucune précaution additionnelle n'est requise et les pratiques de base de prévention et contrôle des infections s'appliquent. Pour les usagers non suspectés ou les usagers qui ne sont pas des cas de COVID-19 utilisateurs d'un BiPAP (pression positive des voies aériennes à deux niveaux, de l'anglais *Bilevel Positive Airway Pressure*) ou CPAP (ventilation en pression positive continue, de l'anglais *Continuous Positive Airway Pressure*), aucune précaution additionnelle n'est requise et les pratiques de base de prévention et contrôle des infections s'appliquent. Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA : ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▶ Réévaluer les indications de soins au besoin ou voir si une alternative de soins est possible (ex. : pour les CPAP, BiPAP). Puisque le nombre de changements d'air est inconnu au domicile, il est proposé d'appliquer une attente d'environ six heures pour entrer dans la pièce fermée où a eu lieu l'IMGA (déterminé en considérant le nombre minimum de changements d'air du tableau des normes canadiennes pour la tuberculose) (Canadian tuberculosis standards, 2022). Il est possible d'améliorer la circulation de l'air dans la chambre ou dans la pièce où auront lieu les soins en ouvrant une fenêtre ou une porte extérieure lorsque possible.
Prélèvements et laboratoire	▶ Ne pas déplacer l'usager, faire le prélèvement à domicile. ▶ Se référer aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à Coronavirus (SARS-CoV-2;COVID-19); détection (TAAN) sur spécimen clinique.
Équipements de soins et aide technique	▶ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. Si l'équipement doit être sorti du domicile, une désinfection de l'équipement doit être réalisée entre chaque usager. ▶ Utiliser un produit approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ Limiter la quantité de matériel qui entre dans le domicile. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).

Hygiène corporelle des usagers	Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers suspectés ou confirmés de COVID-19.
Hygiène et salubrité à domicile	Il est important pour l'usager ou sa personne proche aidante de : ▶ Nettoyer et désinfecter quotidiennement les surfaces fréquemment touchées. ▶ Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour le coronavirus ou solution chlorée). Voir site du gouvernement du Canada au https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/liste.html.
Lingerie	Aucune mesure particulière.
Vêtements du travailleur de la santé	▶ Laver les vêtements conformément aux instructions du fabricant. Utiliser un détergent habituel et de l'eau à la température recommandée pour le vêtement. ▶ Ceux-ci n'ont pas à être lavés séparément des autres vêtements.
Gestion des déchets	Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	Aucune mesure particulière (vaisselle jetable non requise).
Manipulation des dépouilles	Se référer à COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires.
Audits	Effectuer des audits de processus. Les processus à auditer en priorité devraient être ceux sur l'hygiène des mains, le port et le retrait de l'ÉPI. D'autres audits peuvent être ajoutés en fonction du milieu et de l'évaluation du risque.
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle des infections sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.

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, 2081-2090. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2008457

Canadian tuberculosis standards. (2022, 25 mars). *Chapter 14: Prevention and control of tuberculosis transmission in healthcare settings*. https://doi.org/10.1080/24745332.2022.2043677

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. (2022, 31 août). *Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance*. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html

Cheng, H.W., Jian, S.W., Liu, D.P., Ng, T.C., Huang, W.T., *et al*. (2020, 1er mai). Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine,* 180(9),1156-1163. 10.1001/jamainternmed.2020.2020

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

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

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

Organisation mondiale de la Santé. (2020, 1er décembre). *Advice on the use of masks in the community, during home care, and in health care settings in the context of COVID-19. Interim guidance.* https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak

Organisation mondiale de la Santé. (2020, 27 février). *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Interim guidance.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf

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

Thompson, E.R., Williams, F.S., Giacin, P.A., Drummond, S., Brown, E., *et al.* (2021, 29 mars). Universal masking to control healthcare associated transmission of SARS-Co-V2. *Infection Control Hospital Epidemiology*, *1-24.* https://doi.org/10.1017/ice.2021.127

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

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

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

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 8.0	2022-12-07	▶ Uniformisation de la terminologie avec autres documents PCI.
V 7.0	2022-04-06	▶ Retrait de la section Définitions. Les définitions se trouvent maintenant regroupées dans le document SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins. ▶ Ajustement de la section *Surveillance chez les travailleurs de la santé.* ▶ Bonification de la section *Interventions médicales générant des aérosols.*
V 6.0	2021-11-18	▶ Ajouts et bonification de libellées dans l'ensemble du document : ajouts et précisions pour les usagers pédiatriques, ajouts et modifications de définitions, précision sur le port adéquat de la protection oculaire.
V 5.1	2021-06-01	▶ Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.
V 5.0	2021-05-13	▶ Ajout de définitions, ajout de sections : hygiène des mains et vaccinations TdeS, bonification section ÉPI, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères.
V 4.1	2021-01-07	▶ Ajout de sections : port du masque chez l'usager, port du masque chez le TdeS et vêtements des TdeS, précisions sur temps d'attente des changements d'air post IMGA et des recommandations sur l'ÉPI requis lors d'IMGA.

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

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 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les soins à domicile

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques

AVEC LA COLLABORATION DE

Josiane Charest, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION

Natasha Parisien, chef de secteur scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques

AUTEUR PREMIÈRE VERSION

Karine Boissonneault, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

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 : 2917

Institut national de santé publique
Québec