INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions pour tous les milieux de soins

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

3 mai 2023 – version 7.0. Modifications apportées en jaune

Sommaire

Principales modifications	**2**
Méthodologie	**3**
Section 1 : Préparation et prévention des éclosions	**4**
Section 2 : Objectifs de l'enquête épidémiologique	**5**
Section 3 : Gestion d'une éclosion	**6**
Section 4 : Gestion de fin d'une éclosion	**16**
Section 5 : Mesures de prévention et de contrôle des infections recommandées lors de la vaccination dans des milieux de vie ou unités de soins en éclosion	**17**
Annexe 1 : Tableau résumé des mesures de gestion d'éclosion pour les usagers et les travailleurs de la santé en CHSLD et dans les autres milieux de soins	**22**

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 éclosions 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/.

Lorsqu'une éclosion de cas de COVID-19 est suspectée ou confirmée dans une installation ou sur une unité de soins, la rapidité d'intervention permet d'évaluer le potentiel de transmission, la gravité de la situation et d'instaurer les mesures requises afin de limiter l'ampleur de la transmission.

Ce document fournit les recommandations et les différentes modalités concernant les dépistages et les mesures de PCI à mettre en place chez les travailleurs de la santé (TdeS) et les usagers lors d'une éclosion de COVID-19 dans tous les milieux de soins visés.

Québec

Les milieux de soins visés par ce document 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 en déficience physique.
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).
    - Autres milieux ou unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (ex. : Unité de soins en Résidences privées pour aînés (RPA) ou autres milieux similaires qui s'apparentent à des soins de longue durée). Il convient alors pour ces milieux d'appliquer ces recommandations.

Les dépistages recommandés dans ce document ont pour but de contrôler la transmission en milieu de soins et peuvent aider à identifier la source d'une éclosion. Ce document doit être utilisé en complémentarité avec le document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins afin de déterminer les mesures à mettre en place pour les TdeS ayant eu un bris dans le port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI).

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).

Principales modifications

- Modification des milieux de soins visés par les recommandations de ce document : retrait de certains milieux.
- Retrait des notions de source connue et source inconnue pour la prise en charge des usagers et TdeS contacts étroits et contacts élargis en situation d'éclosion
- Fusion des tableaux de prise en charge des usagers et TdeS contacts étroits et contacts élargis en situation d'éclosion (1a-1b-2a-2b deviennent 1 et 2).
- Modification des indications de dépistages des usagers et TdeS contacts élargis en situation d'éclosion.

Méthodologie

Il est à noter que la revue de la littérature grise ainsi que la revue de la littérature scientifique n'ont pas été refaites pour cette mise à jour.

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, des connaissances scientifiques et des recommandations des instances internationales.

Instances consultées pour la rédaction de ce document

AHS	Alberta health services
AU	Australian government department of health
ASPC	Agence de santé publique du Canada
BCCDC	British Colombia Centers for disease control
CDC	Centers for disease control and prevention
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)

Section 1 : Préparation et prévention des éclosions

Préparation et prévention des éclosions	
Comité de gestion d'éclosion	▶ S'assurer de la formation d'un comité multidisciplinaire de gestion d'éclosion qui sera consulté lors de la planification des mesures à mettre en place et sera mobilisé pour soutenir la gestion d'une éventuelle éclosion. ▶ Cibler d'avance les acteurs qui seront requis pour y participer. ▶ Avec la collaboration du comité de gestion d'éclosion, élaborer un plan incluant : ▶ Options d'hébergement des cas selon les scénarios possibles, dont la création ou non de cohorte ▶ Formation pour les TdeS ▶ Gestion des TdeS exposés ou infectés ▶ Accès au matériel requis (ex. : ÉPI) ▶ Réalisation d'audits, l'analyse et le partage des résultats ▶ Organisation du travail et des effectifs en hygiène et salubrité ▶ Se référer aux documents suivants : ▶ Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec ▶ Directives du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés
Options d'hébergement	La décision de mettre en place ou non des cohortes dans le milieu relève d'une décision locale. ▶ Pour plus d'informations, se référer à la section *Hébergement* du document *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale*
Formation des travailleurs de la santé	▶ S'assurer que toutes les formations requises ont été dispensées et sont récentes. Se référer à la section *Formation des TdeS* du document *SRAS-CoV-2: Principes généraux en période de circulation du SRAS-CoV-2*. ▶ Se référer aux formations disponibles en ligne au : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations
Accès au matériel requis	▶ S'assurer que les TdeS connaissent la procédure locale d'accès au matériel (ex. : ÉPI, matériel pour prélèvement, etc.).
Plan d'hygiène et salubrité	▶ S'assurer que les TdeS concernés connaissent les procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement et du matériel. ▶ Maintenir à jour les protocoles de nettoyage et de désinfection des équipements et des surfaces. ▶ Déterminer qui est responsable du nettoyage et de la désinfection des équipements de soins. ▶ Détailler les modalités de nettoyage et de désinfection en plurifréquence (ex. : personnel requis, à quelle heure le faire, nombre d'heures requis, fréquence, etc.). ▶ Avoir une liste d'équipements et de tâches bien définie afin que tous les équipements et toutes les surfaces soient inclus. ▶ Augmenter la fréquence d'entretien des surfaces *high touch*. ▶ Se référer aux directives du MSSS.

Section 2 : Objectifs de l'enquête épidémiologique

Objectifs de l'enquête épidémiologique

Les mesures de PCI à mettre en place en présence d'une éclosion dans une installation doivent être basées sur l'enquête épidémiologique réalisée selon les modalités locales (ex. : service de PCI, bureau de santé, DSPublique). Les actions mises en place peuvent varier en fonction du contexte, de l'évaluation de la situation et du type de milieu où il y a une éclosion de COVID-19. Les dépistages et les actions à mettre en place peuvent donc être ajustés en fonction de l'évaluation épidémiologique de la situation.

L'investigation d'une éclosion de COVID-19 revêt deux objectifs qui peuvent être complémentaires :

- **Identifier la source de l'éclosion**. La recherche d'une source possible vise à identifier la personne qui aurait pu être à l'origine de la contamination et est donc basée sur la période d'incubation précédant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique. À des fins d'intervention, une période de 10 jours* est suggérée.
- **Identifier les contacts** exposés de façon significative (TdeS, usagers, proches aidants/accompagnateurs/visiteurs) à un cas de COVID-19. Cet objectif vise à identifier rapidement les personnes qui peuvent avoir été contaminées et à instaurer des mesures de PCI pour limiter et contrôler la transmission secondaire. Dans ce cas, la recherche des contacts est basée sur la période de contagiosité du cas, c'est-à-dire à partir de 48 heures précédant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique.

En fonction des constats de l'enquête et de l'/des objectif(s) visé(s), des décisions locales peuvent être prises.

Recherche rétrospective des contacts : Si le tableau épidémiologique est clair et que la source de l'acquisition des cas est connue, il n'y a pas lieu d'effectuer une recherche rétrospective des contacts au-delà de 48 heures avant le début des symptômes du cas de COVID-19 symptomatique ou 48 heures précédant la date de prélèvement si le cas de COVID-19 est asymptomatique. Cela tient compte des considérations opérationnelles pour la mise en œuvre des enquêtes épidémiologiques et la recherche des contacts.

Stratégie de dépistage **:** Selon les références consultées (CDC, 2021; Ontario, 2021; BCCDC, 2021; CDNA, 2021) et la situation épidémiologique actuelle, le CINQ propose les stratégies de dépistage présentes dans les tableaux 1 et 2 dans le cadre d'une gestion d'éclosion. Il demeure possible de l'adapter.

* Les études démontrent que > 95 % des cas de COVID-19 ont développé leurs symptômes à 10 jours (Lauer *et al.*, 2020). Le délai de 10 jours a donc été retenu.

Section 3 : Gestion d'une éclosion

Déclaration d'une éclosion	
Comité de gestion d'éclosion	▶ Tenir rapidement une rencontre du comité de gestion d'éclosion afin de réviser les mesures en place ou à implanter. Une communication efficiente est essentielle pour l'implantation de l'ensemble des mesures. ▶ Tenir des rencontres régulières et fréquentes du comité. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins du milieu. ▶ Garder des traces des décisions prises et des mesures mises en place avec leurs dates d'implantation. ▶ Se référer aux documents suivants : ▶ Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec. ▶ Directives du MSSS : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés.
Signalement de l'éclosion	Signaler rapidement l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues localement et, le cas échéant, aux autres instances demandées par le MSSS.
Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion	
Prise en charge des contacts étroits et élargis chez les usagers	**Recherche des contacts étroits et élargis** ▶ Faire une recherche des contacts étroits et élargis, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'installation. Se référer à : ▶ *Tableau 1 : Éclosion de COVID-19 en milieu de soins à l'exception des CHSLD.* ▶ *Tableau 2 : Éclosion de COVID-19 en CHSLD.* ▶ Si l'usager a été transféré, aviser le centre ou le service receveur. ▶ Éviter de regrouper les contacts étroits avec des cas de COVID-19 ou avec des cas suspectés de COVID-19. ▶ Ne pas regrouper des usagers contacts étroits asymptomatiques avec des usagers contacts étroits symptomatiques. ▶ Faire une liste des contacts étroits et élargis. Un outil est proposé et peut être adapté localement : Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel).
Prise en charge des contacts étroits chez les travailleurs de la santé	Pour les indications de retrait, se référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins.

Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)	
Précautions additionnelles	**Contacts étroits usagers** ▶ Instaurer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire si requis selon les tableaux de gestion des contacts étroits et élargis. Se référer aux tableaux 1 et 2. ▶ Fin des précautions additionnelles : ▶ En CHSLD : si aucun symptôme n'apparaît pendant les 5 jours suivant la dernière exposition à risque et que les dépistages sont négatifs. ▶ Pour tous les autres milieux de soins : si aucun symptôme n'apparaît pendant les 7 jours suivant la dernière exposition à risque et que les dépistages sont négatifs. ▶ Si un contact étroit est déjà en précautions additionnelles et qu'une nouvelle exposition a lieu, poursuivre les mesures pour 5 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque en CHSLD et pour 7 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque dans tous les autres milieux de soins. **Cas suspecté ou cas de COVID-19** ▶ Instaurer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire. ▶ Se référer aux documents cités en page 2.
Surveillance des symptômes	Surveiller étroitement et activement les symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les contacts étroits et élargis (usagers et TdeS) : ▶ Usagers : Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19, deux fois par jour, jusqu'à 10 jours suivant le dernier contact avec le cas de COVID-19. ▶ TdeS : Se référer à : SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins.
Affichage	▶ Installer des affiches avisant de l'éclosion à l'entrée de l'unité et/ou de l'installation. ▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres ou les lits (si chambre multiple) où sont hébergés des usagers suspectés ou des usagers qui sont des cas de COVID-19 (ex. : affiche, code de couleurs, etc.).
Pratiques de base et étiquette respiratoire	S'assurer du respect rigoureux des pratiques de base et de l'étiquette respiratoire.
Hébergement	▶ Éviter d'héberger plus de deux cas de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers). ▶ Se référer à la section *Options d'hébergement* dans *Préparation et prévention des éclosions* du présent document et aux directives du MSSS : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés.
Mesures de PCI dans une cohorte	Se référer à la section *Principes à respecter lors de la mise en place de cohortes* du document SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale.

Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)	
Hygiène et salubrité	▶ S'assurer que le protocole de nettoyage et de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées. ▶ Augmenter la fréquence des nettoyages et désinfections selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc. ▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.). Se référer à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité et à https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgilea-003.pdf. ▶ Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ Se référer aux protocoles de l'établissement ou du MSSS https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/.
Audits	Augmenter la réalisation des audits de processus lors d'une éclosion. Les audits primordiaux à effectuer portent sur l'hygiène des mains, le port et le retrait de l'ÉPI ainsi que les mesures en hygiène et salubrité. D'autres audits peuvent être ajoutés en fonction du milieu et de l'évaluation du risque.
Équipements de soins	▶ Dédier les équipements de soins à un seul usager lorsque possible. ▶ Dans une cohorte de cas de COVID-19 (ou une chambre considérée potentiellement contaminée), dédier les équipements de soins uniquement à cette cohorte. ▶ Si des équipements de soins sont partagés, les nettoyer et les désinfecter entre chaque usager. ▶ Nettoyer et désinfecter quotidiennement tous les équipements de soins. ▶ Désigner un TdeS pour la désinfection quotidienne de tous les équipements de soins. ▶ Effectuer la désinfection en plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces fréquemment touchées et des équipements de soins fixes dans les chambres (ex. : boutons des moniteurs, interrupteurs, etc.).

Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)	
Admissions	▶ Admission selon les modalités locales et les directives du MSSS en vigueur sur une unité en éclosion de COVID-19. ▶ Ne pas admettre un usager non atteint de la COVID-19 dans une cohorte d'usagers qui sont des cas de COVID-19. Admettre uniquement des cas de COVID-19 dans ce type de cohorte. ▶ Respecter l'admission des usagers en fonction des critères de chacune des différentes cohortes. ▶ Informer les nouveaux usagers ou leurs représentants légaux de la présence d'une éclosion ainsi que des mesures de prévention et contrôle des infections à respecter. ▶ Si une unité spécialisée est en éclosion et doit poursuivre ses activités, faire une section non contaminée à l'intérieur même de l'unité pour les usagers nouvellement admis qui n'ont pas été exposés à l'éclosion en cours.
Fermeture et réouverture d'une unité aux admissions	**Fermeture d'une unité** ▶ Évaluer quotidiennement la nécessité de fermeture de l'unité aux admissions selon l'évolution de la situation. ▶ La décision de fermer une unité aux admissions ou de suspendre les transferts doit être prise par le comité de gestion d'éclosion, en collaboration avec le gestionnaire de l'unité touché. ▶ La fermeture d'une unité aux admissions n'implique pas nécessairement la suspension des transferts à partir de l'unité en éclosion vers une autre unité ou vers un autre milieu de soins lorsque médicalement requis. **Réouverture d'une unité** ▶ Revoir quotidiennement la possibilité de réouverture de l'unité aux admissions. ▶ Se référer aux critères du MSSS. ▶ Avant la réouverture de l'unité, effectuer un nettoyage et une désinfection selon les protocoles de l'établissement ou du MSSS https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/.
Transfert interétablissements et entre unités	Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre ou l'unité receveur de la situation d'éclosion en cours.
Visiteurs, proches aidants et accompagnateurs	Se référer aux différentes directives du MSSS selon le type de milieux de soins concernés par l'éclosion.
Déplacements et circulation	Se référer à SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale

Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)	
Prévention du déconditionnement durant l'isolement	Se référer à la section Prévention du *déconditionnement durant l'isolement* du document SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale.
Activités sociales et thérapeutiques	▶ Suspendre temporairement les activités sociales et les soins ou services offerts par les travailleurs externes (ex. : coiffeur, soins des pieds, etc.). ▶ Privilégier les procédures thérapeutiques et sociales dans la chambre ou civière lorsque cela est possible. ▶ Effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) par l'équipe de PCI ou de la DSPublique selon les modalités locales. Possibilité de reprendre des activités selon l'évolution de l'éclosion. Dans ce contexte, se référer aux directives du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#activites-de-groupe.
Gestion des travailleurs de la santé d'une unité en éclosion	
Rencontre d'informations	Réaliser une séance d'information avec les TdeS sur tous les quarts de travail dès le début de l'éclosion et la répéter selon les besoins. Selon les modalités locales, ces séances peuvent être réalisées par le gestionnaire de l'unité ou de l'installation en éclosion, par le service de PCI, par la DSPublique ou par toute autre personne désignée. ▶ Rappeler les mesures en situation d'éclosion sur les précautions additionnelles et les ÉPI. ▶ Rappeler les symptômes à surveiller afin de détecter rapidement les cas. ▶ Dresser un tableau clair de la situation. ▶ Identifier une personne à qui se référer pour toute question sur l'application des mesures. ▶ Rappeler les mesures pour protéger les TdeS (ex. : hygiène des mains, respect de la distanciation physique, port du masque, surveillance des symptômes, vaccination, etc.). ▶ Informer des résultats d'audits ayant été effectués (ex. : hygiène des mains, port de l'ÉPI, hygiène et salubrité, distanciation physique des TdeS, etc.).
Ressources humaines	Rehausser le nombre de TdeS sur l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de PCI. Ceci inclut aussi les préposés aux bénéficiaires et les travailleurs attitrés à l'hygiène et à la salubrité.
Mobilité des travailleurs de la santé	▶ Restreindre la circulation dans l'unité en éclosion aux TdeS requis pour les soins et les services. ▶ Assurer une stabilité des TdeS sur l'unité en éclosion. ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être dédiés, terminer si possible par les soins aux usagers sur l'unité en éclosion.

Suivis de l'éclosion	
Suivis des cas	Suivre quotidiennement l'évolution de l'éclosion avec le nombre de nouveaux cas nosocomiaux. Un outil qui permet de faire des courbes épidémiologiques est proposé pour les milieux de soins de courte durée et ceux de longue durée. Se référer à : ▶ Soins courte durée - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19 ▶ CHSLD - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19 Un modèle de grilles de surveillance des cas et des contacts est proposé et peut être adapté localement : ▶ Usagers ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif ou un diagnostic de la COVID-19 (ou Excel) ▶ Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel) ▶ Travailleurs ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif (COVID-19) (ou Excel) ▶ Travailleurs ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel)
Indicateurs	▶ Différents indicateurs peuvent être suivis et adaptés localement en collaboration avec le service de PCI ou la DSPublique. ▶ Surveiller minimalement le taux d'incidence quotidienne (en soins de courte durée) ou le taux d'attaque quotidienne (en soins de longue durée).

Tableau 1 : Éclosion de COVID-19 en milieu de soins à l'exception des CHSLD

		Mesures pour les usagers et les travailleurs de la santé[A]		
		Dépistages par TAAN	**Isolement préventif ou retrait du travail travailleur de la santé**	**Autres mesures**
Usager asymptomatique	**CONTACT ÉTROIT**	▶ Jour 0, dès la découverte du cas ET ▶ Chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours	7 jours	▶ Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Si apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19, prélever et gérer comme un cas suspecté de COVID-19
	CONTACT ÉLARGI	Non requis[B]	Non requis[C]	
Travailleur de la santé asymptomatique	**CONTACT ÉTROIT**	▶ Jour 0, dès la découverte du cas ET ▶ Chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours	Pour les indications de retrait du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, référer à la section 1 du document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins	▶ Autosurveillance des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail ▶ Si apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19 se référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins
	CONTACT ÉLARGI	Non requis[B]	Non requis	

[A] Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins sauf les personnes immunosupprimées (vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé). Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins.

[B] Les dépistages sont non requis d'emblée, mais ils peuvent être faits localement sur avis de l'équipe de PCI ou de l'équipe traitante (ex. : situation épidémiologique particulière, clientèle pouvant présenter des complications particulières en cas de COVID, etc.).

[C] L'isolement est non requis, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

Tableau 2 : Éclosion de COVID-19 en CHSLD

		Mesures pour les usagers et les travailleurs de la santé[A]		
		Dépistages par TAAN	**Isolement préventif ou retrait du travail travailleur de la santé**	**Autres mesures**
Usager asymptomatique	**CONTACT ÉTROIT**	▶ Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas ET ▶ Avant la levée de l'isolement préventif : Jour 4-5 (sauf vaccination de base incomplète ou refus de dépistage[B] au jour 7)	5 jours (sauf vaccination de base incomplète ou refus de dépistage[B] : 7 jours)	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition Si apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19, dépister et gérer comme un cas suspecté de COVID-19
	CONTACT ÉLARGI	Non requis[C]	Non requis[D]	
Travailleur de la santé asymptomatique	**CONTACT ÉTROIT**	▶ Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas ET ▶ Chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours	Pour les indications de retrait et de suivi du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, se référer à la section 1 du document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins	▶ Autosurveillance des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail ▶ Si apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19 se référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins
	CONTACT ÉLARGI	Non requis[C]	Non requis	

[A] Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins sauf les personnes immunosupprimées. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins.

[B] Pour la définition de vaccination de base, se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins.

[C] Les dépistages sont non requis d'emblée, mais ils peuvent être faits localement sur avis de l'équipe de PCI ou de l'équipe traitante (ex. : situation épidémiologique particulière, clientèle pouvant présenter des complications particulières en cas de COVID, etc.).

[D] L'isolement est non requis, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

Section 4 : Gestion de fin d'une éclosion

Mesures d'hygiène et salubrité	
Hygiène et salubrité	En ajout de toutes les activités de nettoyage et désinfection réalisées dans le cadre de la gestion d'une éclosion, ajouter les éléments suivants lors de la fin d'une éclosion : ▶ Nettoyer et désinfecter tous les objets de l'unité qui ont été touchés et manipulés incluant le matériel médical. Désigner une personne responsable de cette tâche. ▶ Jeter tout le matériel de soins qui est présent dans les chambres et qui ne peut être nettoyé ou désinfecté. ▶ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste de garde, matériel informatique, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.). Se référer à : Technique - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact
Déclaration de fin d'éclosion	
Signalement de fin d'éclosion	Signaler la fin de l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues localement.
Communication	▶ Émettre une communication au sein de l'installation pour aviser les employés, les usagers, les visiteurs, les familles et les proches aidants que l'éclosion est terminée. ▶ Retirer l'affichage en lien avec l'éclosion.
Bilan de fin d'éclosion	
Rencontre de bilan	▶ Effectuer un retour en comité de gestion d'éclosion afin d'identifier les interventions positives, les opportunités d'amélioration et d'évaluer le processus de gestion. ▶ Rédiger un rapport de l'éclosion et l'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'installation. ▶ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
Surveillance	Poursuivre la surveillance active de l'apparition de nouveaux cas chez les usagers et les TdeS.
Poursuite des activités	Se référer à la section 1 : *Préparation à une éclosion* du présent document. Les mesures présentées dans cette section doivent être aussi maintenues et appliquées même si l'éclosion a pris fin.

Section 5 : Mesures de prévention et de contrôle des infections recommandées lors de la vaccination dans des milieux de vie ou unités de soins en éclosion

Recommandations

VACCINATEURS

Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 chez l'ensemble des TdeS affectés aux soins des usagers des unités de soins ou des résidents des milieux de vie.

Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps, par tous les vaccinateurs :

- Porter adéquatement les équipements de protection individuelle (ÉPI) recommandés (voir tableau *Mesures spécifiques aux usagers et port d'ÉPI par les vaccinateurs)*.
- S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.
- Respecter en tout temps les pratiques de base ainsi que les précautions additionnelles, si celles-ci sont en place pour certains usagers.

Séquence de vaccination

Pour débuter, procéder à la vaccination des usagers hébergés sur les unités où il n'y a pas d'éclosion active puis terminer par la vaccination des usagers hébergés sur les unités en éclosions.

PARTICULARITÉS ORGANISATIONNELLES

S'assurer que tous les vaccinateurs ont préalablement reçu une formation sur le port et le retrait de l'ÉPI. Actualiser la formation au besoin.

MESURES SPÉCIFIQUES AUX USAGERS ET PORT D'ÉPI PAR LES VACCINATEURS

	Vaccination des usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition	**Vaccination des usagers asymptomatiques avec critères d'exposition**	
		Prévoir la mise en place des mesures suivantes afin d'éviter que le vaccinateur entre dans la chambre ou l'appartement de l'usager en isolement préventif.	Si le vaccinateur doit entrer dans l'environnement de l'usager en isolement préventif (ex. : chambre ou appartement d'un usager en milieu de vie, chambre de l'usager en centre hospitalier).
Mesures pour les usagers	Port du masque médical selon les recommandations en vigueur dans l'établissement au moment de la vaccination.	▶ Port du masque médical. ▶ Deux options : ▶ L'usager est amené par un TdeS dans l'ouverture de la porte d'entrée de la chambre ou de son appartement. OU ▶ L'usager est installé dans un fauteuil gériatrique ou fauteuil roulant, est recouvert d'un drap propre et amené par un TdeS dans une autre pièce afin que le vaccinateur procède à l'administration du vaccin.	Port du masque médical.
ÉPI recommandé pour les vaccinateurs	▶ Port du masque médical selon les recommandations en vigueur dans l'établissement au moment de la vaccination. ▶ Si le masque médical est recommandé dans l'établissement au moment de la vaccination, il peut être conservé entre les usagers s'ils sont vaccinés successivement. Il doit être changé s'il est mouillé, souillé ou endommagé. ▶ Hygiène des mains entre chaque usager.	▶ Port du masque médical et de la protection oculaire. ▶ Hygiène des mains entre chaque usager. ▶ Le masque médical et la protection oculaire peuvent être conservés entre les usagers s'ils sont vaccinés successivement. Le masque doit être changé s'il est mouillé, souillé ou endommagé.	▶ Port du masque médical, de la protection oculaire, de la blouse à manches longues et des gants. ▶ Changer l'ÉPI à la sortie de la chambre ou de l'appartement. ▶ Si deux usagers sont dans la même chambre ou le même appartement : la blouse, le masque médical et la protection oculaire peuvent être conservés entre les usagers. Les gants doivent être changés entre chaque usager et une hygiène des mains doit être pratiquée suite à leur retrait. Le masque doit être changé s'il est mouillé, souillé ou endommagé.

Références

Alberta health services. (2022, 26 janvier). *Recommendations for cohorting inpatients on additional precautions in acute care*. https://www.albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/ipc/if-hp-ipc-cohorting-isolation-patients.pdf

Agence de la santé publique du Canada. (2021, 23 décembre). *Prévention et contrôle de la COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/prevention-controle-covid-19-lignes-directrices-provisoires-deuxieme-version.html#a8.2

Australian Government National Health and Medical Research Council. (2021, 1er juillet). *Australian guidelines for the prevention and control of infection in healthcare*. https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-prevention-and-control-infection-healthcare-2019

British Colombia center for disease control. (2022, 22 août). *COVID-19: Outbreak management protocol for acute care, long-term care and seniors assisted living settings.* http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID-19_Provincial_Outbreak_Management_Protocol_LTC.pdf

Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program. (2020, 1er novembre). *Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals.* https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/CNISP%20COVID-19_and_VRI_surveillance_protocol_01Nov2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention. (2022, 2 février). *Interim infection prevention and control recommendations to prevent SARS-CoV-2 spread in nursing homes*. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html

Center for disease control and prevention. (2020, 23 août). *Vaccine administration: COVID-19 personal protective equipment.* https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/downloads/COVID-19-vaccine-administration-PPE-508.pdf

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

Comité sur l'immunisation du Québec. (2020, novembre). *Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec* (publication no 3085). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3085-groupes-prioritaires-vaccination-covid19.pdf

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021, 3 septembre). *Avis intérimaire sur l'utilisation des vaccins à ARM 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

Communicable Diseases Network Australia. (2022a, 3 juin). *CDNA National guidelines for public health units in Australia*. https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cdna-song-novel-coronavirus.htm

Communicable Diseases Network Australia. (2022b, 15 février). *CDNA national guidelines for the prevention, control and public health management of COVID-19 outbreaks in residential care facilities in Australia*. https://www.health.gov.au/resources/publications/cdna-national-guidelines-for-the-prevention-control-and-public-health-management-of-covid-19-outbreaks-in-residential-care-facilities-in-australia

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

Institut national de santé publique du Québec. (2022, 14 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. (2021, 23 août). *Avis préliminaire sur la vaccination contre la COVID-19 chez les résidents de CHSLD.* https://www.inspq.qc.ca/publications/3162-vaccination-covid-19-residents-chsld

Kasloff, S. B., Strong, J. E., Funk, D., Cutts, T. (2020, 12 juin). Stability of Sars-CoV-2 on critical personal protective equipment. Prépublication. https://doi.org/10.1101/2020.06.11.20128884

Kohmer, N., Toptan, T., Pallas, C., Karaca, O., Pfeiffer, A., *et al*. (2021, janvier). The comparative clinical performance of four SARS-CoV-2 rapid antigen tests and their correlation to infectivity In vitro. *Journal of clinical medicine,* 10, 328. https://doi.org/10.3390/jcm10020328

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

Lauer, S.A., Grantz, K.H., Bi, Q., Jone, F.K., Zheng, Q., *et al.* (2020). The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. *Annals of Internals Medicine*. https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-0504

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 et des Services sociaux. (2022, 30 août). *Questions et réponses sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 - À l'intention des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-279-34W.pdf

Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2022, 3 mai). *COVID-19 Directive #3 for long-term care homes under the fixing long-term care act, 2021 issued under section 77.7 of the health protection and promotion act (HPPA), R.S.O. 1990, c. H.7.* https://www.rhra.ca/wp-content/uploads/2022/05/LTCH_HPPA-1.pdf

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

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

Organisation mondiale de la Santé. (2021, 15 janvier). *Infection prevention and control (IPC) principles and procedures for COVID-19 vaccination activities*. https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-ncov-vaccination-IPC-2021-1

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

Public Health Ontario. (2021a, juillet). *Best practices for managing COVID-19 outbreaks in acute care settings*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2021/03/covid-19-pidac-outbreaks-acute-care.pdf?sc_lang=en

Public Health Ontario. (2021b, 4 mai). *De-escalation of COVID-19 outbreak control measures in long-term care and retirement homes.* https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ltcrh/2020/06/covid-19-outbreak-de-escalation-ltch.pdf?sc_lang=en

Public Health Ontario. (2021c, juin). *Interim guidance on infection prevention and control for health care providers and patients vaccinated against COVID-19 in hospital and long-term care settings.* https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2021/06/covid-19-vaccinated-patients-hcw-hospitals.pdf?sc_lang=en

Santé publique France. (2021, 22 octobre). *Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19*. https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/rapport-synthese/guide-pour-l-identification-et-l-investigation-de-situations-de-cas-groupes-de-covid-19

Swissnoso. (2021, 29 mars). *Gestion et contrôle des épidémies COIVD-19 dans les établissements de santé.* https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Erreignisse/210329_Control_of_healthcare-associated_COVID-19_outbreaks_V2.0_FR.pdf

Tomas, M. E., Kundrapu, S., Thota, P., Sunkesula, V., C., K., Cadnum, J., L. *et al.* (2015, 12 octobre). Contamination of health care personnel during removal of personal protective equipment. *JAMA Intern Med, 175*(12), 1905-1910. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4535

United Kingdom Health Security Agency. (2022, 27 mai). *Infection prevention and control for seasonal respiratory infections in health and care settings (including SARS-CoV-2) for winter 2021 to 2022*. https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control/covid-19-guidance-for-maintaining-services-within-health-and-care-settings-infection-prevention-and-control-recommendations#transmission-based-precautions

Annexe 1 – Tableau résumé des mesures de gestion d'éclosion pour les usagers et les travailleurs de la santé en CHSLD et dans les autres milieux de soins[A]

		Tous les milieux de soins sauf CHSLD		CHSLD		
		Dépistages	**Isolement préventif/ retrait**	**Dépistages**	**Isolement préventif/ retrait**	**Autres mesures**
Usager	**CONTACT ÉTROIT**[B]	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours	OUI 7 jours	Jour 0 ET Avant la levée de l'isolement préventif : Jour 4-5 (sauf vaccination de base incomplète ou refus de dépistage[D] : au Jour 7)	5 jours (sauf vaccination de base incomplète ou refus de dépistage[D] : 7 jours)	▶ Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Si apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19, prélever et gérer comme un cas suspecté de COVID-19
	CONTACT ÉLARGI[B]	NON[B]	NON[C]	NON[B]	NON[C]	
Travailleur de la santé	**CONTACT ÉTROIT**[A, B]	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours	Voir document *SRAS-CoV-2 Gestion des TdeS en milieu de soins*	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours	Voir document *SRAS-CoV-2 Gestion des TdeS en milieu de soins*	▶ Autosurveillance des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail ▶ Si apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19 se référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé
	CONTACT ÉLARGI[B]	NON[B]	NON	NON[B]	NON	

[A] Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins sauf les personnes immunosupprimées. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins.

[B] Les dépistages sont non requis d'emblée, mais ils peuvent être faits localement sur avis de l'équipe de PCI ou de l'équipe traitante (ex. : situation épidémiologique particulière, clientèle pouvant présenter des complications particulières en cas de COVID, etc.).

[C] L'isolement est non requis, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

[D] Pour la définition de vaccination de base, se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins.

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 7.0	2023-05-03	▶ Modification des milieux de soins visés par les recommandations de ce document. ▶ Retrait des notions de source connue et source inconnue pour la prise en charge des usagers et TdeS contacts étroits et contacts élargis en situation d'éclosion ▶ Fusion des tableaux de prise en charge des usagers et TdeS contacts étroits et contacts élargis en situation d'éclosion (1a-1b-2a-2b deviennent 1 et 2). ▶ Modification des indications de dépistages des usagers et TdeS contacts élargis en situation d'éclosion.

V 6.0	2022-12-07	▶ Retrait de la section sur la gestion des cas uniques de COVID-19.
		▶ Réintroduction des recommandations pour la gestion des éclosions dans les milieux de soins de longue durée.
		▶ Modifications dans les tableaux 1a-1b-2a-2b :
		  ▶ Ajout indications de prise en charge des usagers et TdeS contacts étroits et contacts élargis qui développent des symptômes compatibles avec la COVID-19.
		  ▶ Diminution de la durée d'isolement usagers contacts étroits.
		  ▶ Diminution de la durée des dépistages usagers contacts étroits.
		▶ Bonification de la section *Déplacements et circulation de l'usager durant l'isolement.*
		▶ Ajout d'une section *Prévention du déconditionnement durant l'isolement.*
		▶ Fusion avec le document intitulé *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et de contrôle des infections recommandées lors de la vaccination dans des milieux de vie ou unités de soins en éclosion.*

V 5.6	2022-06-14	▶ Précisions concernant la prise en charge des personnes immunosupprimées dans les tableaux 1, 2, 3, 4 et l'annexe 1.
V 5.5	2022-05-19	▶ Modifications des tableaux 1,2,3,4 et annexe 1 ▶ Retrait notions protégée, partiellement protégée et non protégée.
V 5.4	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 ▶ Ajout de la notion de surveillance des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition pour les personnes considérées protégées (usagers et TdeS) qui ont eu la COVID-19 depuis 3 mois et moins.

V 5.3	2022-02-25	▶ Ajustement des définitions de cas de COVID-19, de cas nosocomial et des statuts de protection.
		▶ Modifications de la gestion des contacts :
		  ▶ Réduction des dépistages pour un usager partiellement protégé considéré contact étroit, lors d'une exposition à un cas unique de COVID-19.
		  ▶ Retrait de l'isolement préventif pour l'usager considéré contact élargi, tant dans une situation d'éclosion de source inconnue que lors d'une exposition à un cas unique de COVID-19 de source inconnue.
		  ▶ Ajout de la notion d'isolement préventif de 10 jours pour un usager contact étroit et qui refuse les tests de dépistages.
		  ▶ Arrimage des dépistages des TdeS contacts étroits avec le document de gestion des TdeS.

V 5.2	2022-02-18	▶ Retrait de la notion de contact étroit pour un usager non apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance). ▶ Transfert dans SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée des recommandations en lien avec

Version	Date	Modifications
		la gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 et la gestion des éclosions pour les milieux de soins de longue durée. ▶ Bonification des définitions de cas suspecté de COVID-19 et de cas de COVID-19.
V 5.1 (version non publiée)	2022-02-11	▶ Ajustement des définitions de contact étroit usager et TdeS. ▶ Retrait de ces sections de la définition contact étroit usager : ▶ **Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus** (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ **Usager ayant eu un contact physique rapproché** (ex. : aide à l'alimentation, transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Retrait de ces sections de la définition contact TdeS : ▶ **TdeS qui portait adéquatement le masque médical** et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ **TdeS qui portait adéquatement le masque médical** et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ Retrait de la notion de « maintien à la chambre » pour les usagers contact élargi d'un cas unique de COVID-19 ou d'une éclosion (Tableaux 2 et 4). ▶ Précision apportée sur l'importance à accorder aux interventions pour la prévention du déconditionnement chez certains usagers.
V 5.0	2022-01-28	▶ Révision des dépistages pour les usagers et TdeS contacts élargis lors d'une exposition à un cas unique de COVID-19, d'une éclosion de source connue et d'une éclosion de source inconnue. ▶ Ajout d'une notion concernant la prise en charge des TdeS et des usagers ayant fait la COVID-19 depuis moins de 3 mois.
V 4.1	2022-01-06	▶ Ajustement des définitions contact élargi usager et travailleur de la santé et ajout de la notion du 20 décembre 2021 pour les infections antérieures
V 4.0	2021-12-21	▶ Ajustement de la définition de critère d'exposition, ajustement des définitions des statuts de protection, ajustement de la prise en charge de la gestion d'un cas unique et d'une éclosion en fonction du variant Omicron (tableaux 1 à 4), ajout d'un tableau résumé des mesures de gestion d'un cas unique et de gestion d'éclosion.
V 3.3	2021-12-02	▶ Ajustement de la définition des critères d'exposition en fonction de l'apparition de nouveau variants.
V 3.2	2021-11-18	▶ Ajout de la définition de critères d'exposition et de maintien à la chambre, ajustement de plusieurs libellés du document pour arrimer avec les autres documents PCI. Bonification de la section Options d'hébergement.
V 3.0	2021-09-15	▶ Plusieurs ajouts et modifications faits dans l'entièreté du document : ajouts et modifications de définitions, mise à jour de la section options d'hébergement, refonte des sections Gestion des contacts d'un cas unique (usager ou TdeS) et Gestion d'une éclosion, retrait des algorithmes de gestion d'un cas unique et gestion d'une éclosion et remplacement par des tableaux synthèses, ajout de l'annexe Aide-mémoire des définitions contact étroit, contact élargi et statut immunitaire chez les usagers et TdeS.
V 2.0	2020-12-03	▶ Ajouts et modifications de définitions, modification des indications de dépistage en présence d'un premier cas COVID-19 (usager ou TdeS) ou de plusieurs cas COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion), remplacement de *l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'un premier cas pour la prévention d'une éclosion* par trois algorithmes, modifications de la section Rehaussement des dépistages, ajout de liens pour accéder à des courbes épidémiologiques des nouveaux cas de COVID-19

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
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

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

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions pour tous les milieux de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, cheffe d'unité scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

MISE EN PAGE

Judith Degla, 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 (2023)

No de publication : 3066

Institut national de santé publique Québec