

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

## RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

### COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

3 mai 2023 – version 6.1 Modifications apportées en jaune

#### Sommaire

Préambule	2
Principales modifications	3
Méthodologie	3
Littérature scientifique	4
Définitions	8
1 Travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact	9
2 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	10
3 Travailleur de la santé confirmé COVID-19	11
4 Travailleur de la santé ayant obtenu un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral » (faible positif) suite à un épisode antérieur de COVID-19	12
5 Autosurveillance des symptômes	13
6 Auto-isolement au travail	13
7 Retrait du travail pour un travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact	14
8 Accès compromis aux services et retour précoce de travailleurs de la santé	14
9 Prise en charge des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19	16
Algorithme 1 – Gestion des travailleurs de la santé post vaccination contre la COVID-19	17

La mise à jour des recommandations contenues dans ce document est basée sur la littérature scientifique disponible concernant le variant Omicron (et ses sous-lignées) et peut changer selon l'évolution des connaissances.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et son Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pilotent le Programme de surveillance des variants de la COVID-19 au Québec. Consultez le site Web de l'INSPQ pour connaître les données les plus récentes sur les [variants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec](#).

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux [autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec \(INSPQ\)](#).

## Préambule

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) reçoit les recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) pour la gestion des TdeS et en tient compte pour émettre les directives ministérielles. Les directives ministérielles ont toutefois préséance. Référer à :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>.

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 survenue en milieu de soins ou en communauté ainsi que pour la gestion d'un TdeS qui est un cas confirmé dans les différents milieux de soins du Québec.

Les milieux de soins visés 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.

Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage, retrait du travail et retour au travail).

**Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS** lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés et des TdeS confirmés.

Pour les indications de dépistages et d'isolement des usagers ou les dépistages requis chez les TdeS dans le but de rechercher la source d'un cas dont l'acquisition est nosocomiale ou d'une éclosion et de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins, se référer aux documents suivants :

- ▶ Milieux de soins de longue durée : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée](#).
- ▶ Autres milieux de soins : [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieu de soins \(excluant les milieux de soins de longue durée\)](#).

Il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection conférée par la vaccination et/ou par des antécédents d'infection au SRAS-CoV-2. Ces recommandations sont régulièrement mises à jour selon l'évolution des données scientifiques.

Le Comité sur l'immunisation du Québec dans un récent avis (CIQ, 2022), considère que la primovaccination à 2 doses suivie d'une première dose de rappel constitue la **vaccination de base contre la COVID-19**, pour les adultes sans antécédent d'infection au SRAS-CoV-2. Cette vaccination de base permet de développer une protection satisfaisante contre les infections graves à la COVID-19 dans le contexte où Omicron et ses sous-lignées sont les variants dominants. Puisque cette immunité acquise par la vaccination, combinée ou non à celle acquise par l'infection peut décroître au fil du temps, cette protection pourra être consolidée par des doses additionnelles de rappel.

Il a donc été convenu par les membres du CINQ de remplacer l'utilisation des niveaux de protection contre l'infection tels qu'anciennement définis (soit considéré protégé, partiellement protégé ou non protégé) par le concept de vaccination de base contre la COVID-19, ce qui encourage la vaccination et simplifie la compréhension pour moduler les interventions auprès des TdeS.

Dans une démarche de gestion des risques, un TdeS exposé qui revient au travail doit respecter certaines mesures telles que l'auto-isolement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage. De même, en considérant l'impact du manque de travailleurs pouvant compromettre l'accès aux services, des TdeS qui sont des cas de COVID-19 pourraient être rappelés à retourner au travail plus rapidement. Les options, établies par ordre de priorité en fonction des risques de transmission, sont présentées à la [section 8](#) du présent document. À noter qu'il appartient aux autorités ministérielles et aux établissements de définir la notion d'accès compromis aux services afin d'en harmoniser l'application, d'évaluer les risques et de les gérer en collaboration avec le service de PCI.

## Principales modifications

- ▶ Modification des milieux de soins visés par ce document : retrait de certains milieux.
- ▶ Modification des indications de dépistages pour les TdeS contacts étroits d'un cas unique en milieu de soins.
- ▶ Modification des indications de dépistages pour les TdeS contacts étroits ponctuels ou domiciliaires limités et contacts étroits domiciliaires continus.

## Méthodologie

Les recommandations présentées dans ce document sont établies d'abord en fonction de la littérature scientifique publiée. Une attention particulière est accordée à la qualité de celle-ci, notamment en fonction de la présence d'une révision par les pairs avant publication. L'accès à cette littérature s'est fait, entre autres, via la veille scientifique produite par l'INSPQ depuis le début de la pandémie, ainsi que par des recherches documentaires plus ciblées sur des points précis.

La révision régulière des recommandations publiées par les instances internationales (voir tableau A) permet de suivre en continu l'évolution des recommandations pour les mesures de PCI dans les milieux de soins en dehors du Québec. Cette comparaison permet de maintenir les mesures en concordance avec les orientations internationales.

Enfin, les mesures qui ne sont pas appuyées par la littérature scientifique ou dont l'application est divergente ou non précisée dans les recommandations des instances internationales ont été discutées avec les membres du Cinq afin d'établir un consensus d'experts sur la question. Plus globalement, cette démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et ce, tout en assurant la sécurité des usagers et des TdeS.

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

## Littérature scientifique

### Incubation et durée de contagiosité du variant Omicron

Les données provenant d'études récentes faites auprès de travailleurs de la santé (TdeS) ou de personnes exposées à des cas infectés par le variant Omicron ont permis de constater que la durée médiane d'incubation est plus courte que celle des autres variants, se situant autour de 3 à 4 jours (CDC, 2022d; Santé publique Ontario, 2022; Àguila-Mejia *et al.*, 2022; Helmsdal *et al.*, 2021; Jansen *et al.*, 2021; Lee *et al.*, 2021; Song *et al.*, 2022; Brandal *et al.*, 2021).

Quelques études ont tenté d'évaluer la durée d'excrétion du virus chez les personnes infectées par le variant Omicron que ce soit par PCR ou par culture virale. Les conclusions de ces différentes études sont que la quantité d'ARN viral mesurée est à son pic entre 3 et 6 jours après le début des symptômes ou le diagnostic et diminue progressivement par la suite (Cinq, 2022b). L'étude de Hay (Hay *et al.*, 2022) a démontré une durée moyenne d'excrétion de 10 jours ce qui est comparable à la durée d'excrétion observée avec les autres variants.

Dans une récente étude réalisée (Keske *et al.*, 2022) auprès de 55 TdeS présentant une infection non sévère par le variant Omicron, on a observé les résultats suivants :

	Jour 5	Jour 7	Jour 10	Jour 14
<b>Taux de positivité au test PCR</b>	96,4 % (53/55)	87,3 % (48/55)	74,6 % (41/55)	41,8 % (23/55)
<b>Taux de positivité des cultures virales</b>	83 % (44/53)	52 % (26/50)	13,5 % (7/52)	8 % (4/50)
<b>Taux de positivité des cultures virales chez les TdeS devenus asymptomatiques</b>	100 % (4/4)	58 % (7/12)	11 % (3/27)	5 % (2/41)

Ces données corroborent avec celles de l'étude de Boucau, (Boucau J. *et al.*, 2022) qui n'a pas observé de différence dans la cinétique d'excrétion virale entre les personnes infectées (n = 66) par les variants Omicron ou Delta du SRAS-CoV-2. Leurs données suggèrent que certaines personnes excrètent encore du virus cultivable plus de 5 jours après l'apparition des symptômes ou un test positif initial et n'ont pas constaté de différence entre les personnes vaccinées ou non. Ces résultats sont à interpréter avec prudence considérant la taille des échantillons (n = 32 variant Delta et n = 34 variant Omicron).

### Utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées

Plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre différents tests, soit le test d'amplification des acides nucléiques positif (TAAN-labo), les tests de détection antigénique positifs (TDAR) et la culture virale, afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Il est convenu que la charge virale diminue avec le temps à la suite d'un épisode de COVID-19. La culture virale est considérée comme étant un bon indicateur pour suivre la capacité du virus à infecter des cellules (contagiosité), mais, étant donné, entre autres, le fait qu'elle doit être réalisée en laboratoire spécialisé ainsi que le délai d'obtention des résultats, elle ne peut être utilisée au cas par cas pour déterminer l'infectiosité d'un individu à un moment précis. Des comparaisons avec la culture virale

montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle alors que la positivité des TDAR semble mieux corrélée avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN (Currie *et al.*, 2022, Kohmer *et al.*, 2021, McKay *et al.*, 2021).

Deux études américaines présentent un suivi temporel de la positivité de certains TDAR après l'infection. Ainsi, près de 50 à 60 % des résultats de TDAR dans ces études sont encore positifs au jour 5, environ 20 % au jour 7 et moins de 10 % au jour 10 (Smith *et al.*, 2021; Stiefel *et al.*, 2022).

## Durée des mesures

Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) s'avère un excellent test pour diagnostiquer la maladie chez une personne symptomatique, mais il n'est pas un indicateur fiable pour déterminer la contagiosité des cas.

### Personne en bonne santé avec maladie légère ou modérée

En effet, un des meilleurs indicateurs de la période de contagiosité est le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes. Le pic de contagiosité survient environ 2 jours avant et au moment de l'apparition des symptômes. La contagiosité diminue rapidement par la suite sur une période de 7 à 8 jours chez la majorité des usagers avec une maladie légère ou modérée. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présente dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours chez les usagers en bonne santé avec maladie légère ou modérée (Wolfel *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020). Dans ce contexte et pour ce type d'utilisateur, le TAAN n'est pas retenu comme un indicateur pour déterminer la contagiosité des cas afin de cesser les précautions additionnelles.

### Personnes immunosupprimées

Contrairement aux autres catégories d'utilisateurs, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires de laboratoire pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Santé publique Ontario, 2021; Aguinaga *et al.*, 2020; Benotmane *et al.*, (2020); DiCiaccio *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2020). Toutefois, il est impossible d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène.

L'utilisation des tests de détection antigénique rapide (TDAR) est de plus en plus répandue dans les différents milieux et plusieurs instances les utilisent pour mettre fin aux isollements de la clientèle immunosupprimée. De plus, plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron, ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre les différents tests soit le TAAN-labo, les TDAR et la culture virale afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Des comparaisons avec la culture virale montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle et des études récentes ont démontré que la positivité des TDAR semble mieux corrélée avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN-labo (Currie *et al.*, 2022 ; Kohmer *et al.*, 2021; McKay *et al.*, 2021).

## Données sur les cas de réinfection répertoriés

Les connaissances acquises sur le SRAS-CoV-2 au cours de la pandémie ont permis d'affirmer dès 2020 que des réinfections causées par une souche différente de celle du premier épisode pouvaient survenir chez les personnes considérées rétablies (ASPC, 2020; CDC, 2020a; PAHO, 2020), mais demeuraient rares.

La confirmation d'une réinfection est possible seulement par la comparaison de la séquence du génome du virus entre la première et la deuxième infection. Bien que les réinfections demeurent des événements rares, plusieurs rapports confirmant des réinfections ont été publiés. Entre autres, le site Web « COVID-19 réinfection

tracker » rapporte 544 cas de réinfections entre août 2020 et novembre 2021, avec un intervalle moyen de 115 jours entre les deux épisodes infectieux.

Une revue systématique et méta-analyse de 81 études publiées rapporte pour sa part 577 cas de réinfection provenant de 22 pays. Cette étude mentionne une durée moyenne de 64 jours ( $\pm$  49 jours) entre la première infection et la réinfection (Dhillon *et al.*, 2021).

Dans une étude de cohorte rétrospective, Peltan *et al.* (2021) ont utilisé les données cliniques et les résultats quantitatifs de TAAN des patients ayant eu un deuxième test positif plus de 60 jours après le premier (intervalle médian de 86 jours), afin de catégoriser les cas de réinfection potentielle. Selon la combinaison des données cliniques et des valeurs de Ct observées, seulement 0,04 % des cas avec une primo-infection de COVID-19 répondaient aux critères de réinfection.

Une étude réalisée par Bastard *et al.* (2022) en France montre que, bien que les réinfections possibles étaient rares (moins de 1 % des cas) à la fin de 2021, elles ont augmenté de manière importante après l'émergence d'Omicron pour représenter plus de 4 % des cas en février 2022. Ce phénomène serait dû à une diminution de l'immunité en post-infection et en post-vaccination, combiné à l'échappement immunitaire du variant Omicron. L'intervalle moyen entre deux épisodes était de 244 jours, avec une médiane à 267 jours. Dans la majorité des cas (69,1 %), l'intervalle était de 180 jours et plus.

Une étude récente (Stegger *et al.*, 2022) a investigué 187 réinfections survenues entre 21 et 60 jours d'intervalle (du 22 novembre 2021 au 11 février 2022). Parmi celles-ci, 47 réinfections avec le variant BA.2 survenues rapidement après une première infection ont été identifiées, principalement chez des personnes jeunes et non vaccinées, ayant fait une maladie légère.

Finalement selon 2 études de cohortes rétrospectives réalisées au Qatar lors de la vague Omicron des sous-lignées BA.1 et BA.2 (Chemaitelly H. *et al.*, 2022), l'infection par la sous-lignée BA.1 semble induire une protection immunitaire forte, mais incomplète (efficacité estimée à 94 %) contre la réinfection par la sous-lignée BA.2, et vice versa (efficacité de l'infection par BA.2 contre la réinfection par BA.1 est estimée à 81 %) pendant au moins plusieurs semaines après l'infection initiale.

## Impact d'un retour précoce des travailleurs de la santé

En plus de s'enquérir des modalités de prise en charge des TdeS par les principales instances internationales, le CINQ a cherché à documenter l'impact d'un retour précoce des TdeS sur la transmission nosocomiale spécifiquement en période de circulation du variant Omicron. Pour ce faire, une recherche documentaire a permis d'extraire 51 articles scientifiques, parmi lesquels 5 ont été retenus (2 portant sur le retour précoce de TdeS exposés et les 3 autres sur le retour précoce des cas).

Une étude réalisée en Angleterre en janvier 2022, durant la vague consécutive à l'arrivée du variant Omicron (Raza *et al.*, 2022) a regardé l'impact du changement de la politique du gouvernement ayant réduit la durée minimale d'isolement des TdeS infectés de 10 à 5 jours sous réserve de deux TDAR négatifs consécutifs les jours 5 et 6. Quatre-vingt-trois pourcent ( $n = 200/240$ ) des TdeS infectés par le SARS\_CoV-2 étaient asymptomatiques et la plupart des 40 TdeS symptomatiques ont décrits ressentir des symptômes de mal de gorge et rhinorrhée. De plus, 93 % ( $n = 224/240$ ) avaient reçu au moins deux doses de vaccin, ce qui reflétait les taux de vaccination de plus de 95% au sein de l'hôpital. Sur une période d'observation de 3 semaines, 55% ( $n=132/240$ ) des TdeS infectés ont pu réintégrer le travail plus tôt, ce qui équivaut à une réduction de 532 jours du nombre de jours d'absence des TdeS en raison de la COVID pour cet hôpital. Ce changement de politique a donc été bénéfique pour la continuité des services et n'a pas été associé à un pic de cas positifs au SRAS-CoV-2 parmi les patients hospitalisés sur la même période. Bien que plus de 25 % des TdeS ( $n = 63$ ) ont pu revenir au travail dès le jour 6, il en demeure que 45% des TdeS ( $n = 108$ ) testaient encore positifs au TDAR au jour 9.

Une étude de cohorte, menée dans un CHU pédiatrique au Québec (Blanchard *et al.*, 2022), a porté sur les infections secondaires survenues parmi 475 TdeS ayant des contacts domiciliaires avec des cas de COVID-19 avec le variant Omicron (entre le 20 décembre 2021 et le 17 janvier 2022). Parmi les TdeS exposés, 50 % (238 sur 475) sont devenus positifs, dont 82 % ont été trouvés positifs lors du test initial. Parmi les 279 TdeS contacts domiciliaires maintenus au travail, 42 (15 %) sont devenus positifs avec une médiane de 4 jours après le test initial. Aucune transmission nosocomiale n'a été observée parmi la clientèle et les autres TdeS de cet hôpital.

## Constats issus de la littérature grise

Parmi les 10 instances consultées en date du 4 août 2022 (tableau A), on remarque une tendance vers une diminution (soit 10 jours et moins) de la durée de retrait des cas de COVID-19.

**Tableau A - Instances consultées**

<b>AHS</b>	Alberta Health Services
<b>ASPC</b>	Agence de santé publique du Canada
<b>AU</b>	Australian government department of health
<b>BCCDC</b>	British Columbia Center for disease control
<b>CDC</b>	Centers for disease control and prevention
<b>ECDC</b>	European centre for disease prevention and control
<b>MSO</b>	Ministère de la Santé - Ontario
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>RU</b>	UK Health security Agency (Royaume-Uni)
<b>SPO</b>	Santé publique Ontario
<b>Swissnoso</b>	Centre national de prévention des infections (Suisse)

Bien que la plupart des instances recommandent le retrait des cas, ainsi que le dépistage et le retrait des contacts, une hétérogénéité dans la séquence de dépistage (chez les contacts) et la durée de retrait (des cas et des contacts) est constatée. Par ailleurs, des variables différentes sont utilisées pour moduler les mesures, notamment la vaccination, le niveau de risque de l'exposition ou l'intensité des symptômes.

Concernant les cas, toutes les instances recommandent leur retrait<sup>1</sup>, qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques. De façon générale, 1 ou 2 tests de contrôle sont recommandés si le retour se fait avant la dixième journée de l'infection (sauf Au, AHS, BCCDC, Suisse). La durée de retrait des cas s'étend de 48 heures (Suisse) à 13 jours (OMS) et une amélioration clinique depuis 24 à 48 heures est exigée avant le retour par tous.

En ce qui a trait aux contacts, lorsque le TdeS n'a pas reçu sa vaccination de base complète ou en présence d'une exposition à risque élevé, un retrait est généralement recommandé (sauf BCCDC, Suisse et RU). La durée de retrait est aussi longue que 14 jours (OMS) et aussi courte que dès que le TdeS a reçu un premier résultat négatif (ECDC). La majorité des instances continue de recommander des dépistages systématiques répétés après l'exposition (sauf BCCDC, RU, Suisse). La séquence varie selon le statut vaccinal ou le risque de l'exposition.

<sup>1</sup> Toutefois, l'ASPC (2022) n'émet pas de recommandations spécifiques, mais réfère plutôt aux modalités établies par les provinces et territoires.



En conclusion, puisqu'il est difficile de dégager une ligne de conduite commune à travers les instances internationales, le CINQ a également considéré les données expérientielles issues de milieux de soins indiquant qu'une transmission nosocomiale est parfois associée au retour précoce des TdeS. Ces éléments, combinés à la littérature scientifique, ont guidé la révision des recommandations pour la prise en charge des TdeS afin de permettre le meilleur accès possible aux soins tout en assurant la sécurité des usagers.

## Définitions

**Cas de COVID-19 :** Référer à [Définition de cas de COVID-19 – Québec](#). Pour la gestion des expositions dans ce document, ce cas peut être :

- ▶ **Cas confirmé :** cas avec détection d'acides nucléiques du SRAS-CoV-2 (ex. : test d'amplification des acides nucléiques positif (TAAN+)).
- ▶ **Cas confirmé par lien épidémiologique :** cas avec symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevée avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité ET aucune autre cause apparente.
- ▶ **Cas probable :** cas avec un test de détection antigénique rapide positif (TDAR+) pour le SRAS-CoV-2 et qui ne répond pas aux critères d'un cas confirmé ET qui présente des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19 OU qui a eu un contact étroit avec un cas de COVID-19 OU qui a été exposé à un milieu en éclosion.

**Épisode antérieur de COVID-19 :** un épisode antérieur de COVID-19 est reconnu s'il a été confirmé

- ▶ Par TAAN-labo OU
- ▶ Avec un TDAR positif ET une histoire fiable sur l'exposition, les symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 et la date de test OU
- ▶ Par lien épidémiologique : symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevé avec un cas confirmé par TAAN-labo ou avec TDAR positif.

**Rebond de COVID-19 :** Réapparition des symptômes de COVID-19 pouvant survenir, chez certaines personnes, de 2 à 8 jours après la fin du traitement avec Paxlovid<sup>MC</sup>.

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

**Vaccination de base contre la COVID-19 (adapté de CIQ, 2022):**

- ▶ Adultes (18 ans et plus)<sup>2</sup> sans antécédent d'une ou plusieurs infections au SRAS-CoV-2 : primovaccination à 2 doses suivie d'une première dose de rappel;
- ▶ Adultes (18 ans et plus)<sup>2</sup> avec antécédent d'une ou plusieurs infections au SRAS-CoV-2 (TAAN+ ou TDAR+) : total de 2 doses.

---

<sup>2</sup> Inclut l'ensemble des travailleurs de la santé et les femmes enceintes.



# 1 Travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact

Type d'exposition au cas de COVID-19	Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois, peu importe le statut vaccinal	Vaccination de base contre la COVID-19 complète	Vaccination de base contre la COVID-19 incomplète ou immunosupprimé
<p><b>Contact étroit<sup>A</sup> en milieu de soins (contact d'un cas unique)</b></p> <p><b>Contact étroit<sup>B</sup> ponctuel ou domiciliaire limité</b></p> <p><b>Contact étroit<sup>B</sup> domiciliaire continu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Aucun retrait</b> du travail</li> <li>▶ <b>Aucun dépistage</b></li> <li>▶ Autosurveillance des symptômes, référer <a href="#">section 5</a></li> <li>▶ <b>Auto-isolement strict lorsqu'au travail</b>, référer <a href="#">section 6</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Aucun retrait</b> du travail</li> <li>▶ <b>Aucun dépistage</b></li> <li>▶ Autosurveillance des symptômes, référer <a href="#">section 5</a>.</li> <li>▶ <b>Auto-isolement strict lorsqu'au travail</b>, référer <a href="#">section 6</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Retrait</b> jusqu'au 1<sup>er</sup> test TAAN-labo négatif, référer <a href="#">section 7</a></li> <li>▶ <b>Poursuivre dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours</b> après la dernière exposition</li> <li>▶ Autosurveillance des symptômes, référer <a href="#">section 5</a></li> <li>▶ <b>Auto-isolement strict lorsqu'au travail</b>, référer <a href="#">section 6</a></li> </ul>
<p><b>Contact étroit<sup>A</sup> en milieu de soins en situation d'éclosion</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Aucun retrait</b> du travail</li> <li>▶ <b>Aucun dépistage</b></li> <li>▶ Autosurveillance des symptômes, référer <a href="#">section 5</a></li> <li>▶ <b>Auto-isolement strict lorsqu'au travail</b>, référer <a href="#">section 6</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Aucun retrait</b> du travail</li> <li>▶ <b>Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible et chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours</b> après la dernière exposition</li> <li>▶ Autosurveillance des symptômes, référer <a href="#">section 5</a>.</li> <li>▶ <b>Auto-isolement strict lorsqu'au travail</b>, référer <a href="#">section 6</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Retrait</b> jusqu'au 1<sup>er</sup> test TAAN-labo négatif, référer <a href="#">section 7</a></li> <li>▶ <b>Poursuivre dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours</b> après la dernière exposition</li> <li>▶ Autosurveillance des symptômes, référer <a href="#">section 5</a></li> <li>▶ <b>Auto-isolement strict lorsqu'au travail</b>, référer <a href="#">section 6</a></li> </ul>

<sup>A</sup> Contact étroit avec un cas de COVID-19 < 2 mètres et > 10 minutes, sans port du masque médical (sans égard au niveau du masque médical ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou APR et protection oculaire si requis (IMGA ou autre situation).

<sup>B</sup> Contact étroit avec un cas de COVID-19 < 2 mètres et > 10 minutes, sans port du masque médical.

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

Peu importe le statut vaccinal

TdeS SYMPTOMATIQUE

### Épisode antérieur de COVID-19 $\leq$ 60 jours<sup>A, B</sup> :

- ▶ Aucun retrait du travail ni dépistage en lien avec le SRAS-CoV-2.
- ▶ Envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic.

### Aucun épisode de COVID-19 antérieur ou épisode antérieur de COVID-19 $>$ 60 jours :

- ▶ Retrait du travail et effectuer **TAAN-labo** dès que possible.
- ▶ Résultat positif : référer à [section 3](#).
- ▶ Résultat négatif :
  - ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires)
  - ▶ Persistance ou augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre le retrait en attendant les résultats. Référer le TdeS pour une consultation médicale si jugé pertinent.

<sup>A</sup> Il est reconnu que l'immunité dure plus de 90 jours. Toutefois, au-delà de 60 jours, les probabilités d'obtenir un résultat positif qui serait causé par l'infection antérieure sont plus faibles.

<sup>B</sup> Lorsqu'une possibilité de rebond de COVID-19 est suspectée par le clinicien, le TdeS doit être géré comme un cas. La durée du retrait doit être calculée à partir de la date de recrudescence des symptômes, et est la même que pour un épisode initial.

### 3 Travailleur de la santé confirmé de COVID-19

(si résultat faible positif, consulter le tableau 4)

Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois, excluant les immunosupprimés	Avec ou sans symptômes, peu importe le statut vaccinal	
	Travailleur de la santé immunocompétent	Travailleur de la santé immunosupprimé
<p><b>Même s'il n'est pas recommandé de faire un test, s'il a été réalisé et est positif<sup>A</sup></b></p> <p><b>Épisode antérieur ≤ 60 jours</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ne pas considérer comme un nouveau cas de COVID-19</li> <li>▶ TdeS asymptomatique : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aucun retrait ni mesures supplémentaires</li> </ul> </li> <li>▶ TdeS symptomatique<sup>E</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Envisager un autre diagnostic</li> <li>▶ Appliquer les mesures en fonction de ce diagnostic</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Épisode antérieur &gt; 60 jours et ≤ 3 mois</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ TdeS asymptomatique <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Maintien au travail</li> <li>▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer <a href="#">section 6</a></li> <li>▶ Autosurveillance des symptômes, référer <a href="#">section 5</a></li> </ul> </li> <li>▶ TdeS symptomatique <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Appliquer les mêmes mesures que la colonne pour un TdeS immunocompétent</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Retrait du travail pour 10 jours<sup>B, C</sup> sans test de contrôle ou 7 jours<sup>B, C</sup> avec deux TDAR<sup>D</sup> négatifs (jours 6 et 7) après le début des symptômes (date du test si asymptomatique)</b></li> </ul> <p><b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</li> </ul>	<p><b>Immunosuppression</b> (excluant immunosuppression sévère)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Retrait du travail pour 14 jours<sup>B, C</sup> avec deux TDAR<sup>D</sup> négatifs</b> à intervalle de 24 h ou <b>21 jours sans TDAR</b> après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) <b>ET</b></li> <li>▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) <b>ET</b></li> <li>▶ Référer à : <a href="#">COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés</a></li> </ul> <p><b>Immunosuppression sévère</b> (par ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR<sup>D</sup> à intervalle de 24 heures afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement</li> <li>▶ L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)</li> <li>▶ Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 du TdeS est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19</li> </ul>

<sup>A</sup> Adapté du document *Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*, tableau 2, version 4.0, du 16 décembre 2021.

<sup>B</sup> Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement se calcule :

- ▶ À partir de la date du début des symptômes si les symptômes apparaissent < 4 jours après la date du prélèvement.
- ▶ À partir de la date du prélèvement si les symptômes apparaissent ≥ 4 jours après la date du prélèvement.

<sup>C</sup> Durée du retrait : Le calcul s'effectue en jours complétés (par période de 24 heures). Par exemple, pour un retrait du travail de 10 jours qui débute le 1<sup>er</sup> avril à 16h00, vous comptez 10 jours complets d'isolement. Le retour au travail est possible (si les conditions de levée d'isolement sont respectées) à partir du 11 avril à 16h00.

<sup>D</sup> Le TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé. L'autotest n'est pas valable pour cesser un isolement.

<sup>E</sup> Lorsqu'une possibilité de rebond de COVID-19 est suspectée par le clinicien, le TdeS doit être géré comme un cas. La durée du retrait doit être calculée à partir de la date de recrudescence des symptômes, et est la même que pour un épisode initial.

## 4 Travailleur de la santé ayant obtenu un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral » (faible positif) suite à un épisode antérieur de COVID-19

- ▶ Si le résultat du TAAN est « détecté faible quantité d'ARN viral », appliquer les mesures du tableau suivant en fonction du délai depuis l'épisode de COVID-19 antérieur et la présence ou non de symptômes (ces mesures sont adaptées du document de l'INSPQ *Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*, tableau 3, version 3.1 du 19 mai 2021).
- ▶ Ces recommandations concernent seulement les travailleurs de la santé qui ont déjà eu un épisode antérieur de COVID-19.
- ▶ Ces recommandations ne s'appliquent pas dans le cas du résultat d'un TDAR.

Délai écoulé depuis l'épisode antérieur de COVID-19	Symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19	Mesures de PCI
≤ 3 mois	Absence ou présence	Aucun retrait ni mesures supplémentaires
> 3 mois	Absence	<p>Si aucune exposition à un cas de COVID-19 : Aucun retrait ni mesures supplémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Si exposition à un cas de COVID-19 : <b>répéter le TAAN 24-48 heures plus tard</b></li> <li>▶ Isolement préventif jusqu'au 2<sup>e</sup> TAAN</li> <li>▶ Gérer selon le résultat du 2<sup>e</sup> TAAN               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Positif : considérer comme un cas de COVID-19 et appliquer les mesures à la <a href="#">section 3</a></li> <li>▶ Autres résultats : ne pas considérer comme un cas actif</li> </ul> </li> </ul>
	Présence	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Répéter le TAAN 24-48 heures plus tard</b></li> <li>▶ Isolement préventif jusqu'au 2<sup>e</sup> TAAN</li> <li>▶ Gérer selon le résultat du 2<sup>e</sup> TAAN               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Positif : considérer comme un cas de COVID-19 et appliquer les mesures à la <a href="#">section 3</a></li> <li>▶ Autres résultats : ne pas considérer comme un cas actif</li> </ul> </li> </ul>

## 5 Autosurveillance des symptômes

### L'employeur doit **jusqu'à 10 jours** suivant la dernière exposition

- ▶ Informer le TdeS de surveiller l'apparition de tout symptôme ou signe compatible avec la COVID-19 et des personnes à aviser le cas échéant. S'il n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. : selon la situation épidémiologique qui prévaut, la tenue d'un registre ou une validation verbale par l'employeur peuvent être introduites).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 2](#).

### Le travailleur de la santé doit **jusqu'à 10 jours** suivant la dernière exposition

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ S'il n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ S'il développe des symptômes :
  - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai et appliquer les consignes de l'employeur.
  - ▶ Référer aux [consignes en vigueur](#).

## 6 Auto-isolement au travail

**Le travailleur de la santé doit, jusqu'à 10 jours** suivant la dernière exposition lors d'un contact **ou jusqu'à 10 jours** après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) pour le TdeS confirmé COVID-19 :

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

## 7 Retrait du travail pour un travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact

**Le TdeS doit :**

- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes (référer [section 5](#)).
- ▶ S'il développe des symptômes, le TdeS doit :
  - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai et appliquer les consignes de l'employeur.
  - ▶ Référer à la [section 2](#).
  - ▶ Référer [aux consignes en vigueur](#).

## 8 Accès compromis aux services et retour précoce de travailleurs de la santé

La disponibilité de TdeS formés et en nombre suffisant est un élément essentiel de la sécurité des soins dans un milieu de santé. Il incombe aux établissements et aux installations de planifier les ressources humaines nécessaires pour maintenir l'accès aux soins et services sécuritaires aux usagers. Les différents comités, gestionnaires et équipes concernées (ex. : ressources humaines, service de santé et sécurité, PCI, soins infirmiers, qualité, gestionnaire d'unité ou service, etc.) doivent également prévoir à l'avance et réviser régulièrement des scénarios pour faire face à différents risques (ex. : plan de contingence).

Lorsque le manque de TdeS risque d'entraîner un bris dans les services aux usagers, une approche multidisciplinaire et collaborative est nécessaire à la mise en place de stratégies sécuritaires basées sur une analyse rigoureuse des risques propres à chaque milieu (ex. : vulnérabilité de la clientèle, organisation physique) conformément aux aspects législatifs et déontologiques auxquels les établissements de santé sont tenus.

Les établissements possèdent toutes les structures, les expertises et l'agilité nécessaires, afin de moduler les recommandations pour un retour au travail précoce sécuritaire. Il est donc de leur responsabilité d'adapter, au besoin, les recommandations présentées dans ce document, afin de répondre à la situation en cours dans leur milieu.

### Considérations importantes pour un retour au travail précoce

La décision de retourner au travail un TdeS qui est un cas de COVID-19, avant la fin de la période recommandée de retrait, ou de retourner un TdeS exposé (contact) avant l'obtention de son résultat de TDAR est une mesure qui, si elle survient, doit être exceptionnelle et temporaire. Elle doit toujours s'accompagner de mesures de mitigation du risque pour éviter une transmission vers les autres travailleurs de la santé et les usagers. Lorsque la situation s'améliore, les recommandations usuelles doivent être reprises.

Pour guider la prise de décision, les considérations suivantes (inspirées des instances internationales indiquées entre parenthèses), représentent un ensemble de bonnes pratiques à maintenir. Elles peuvent servir de balises pour guider les décideurs.

- ▶ Évaluer l'impact de l'absence du TdeS sur la continuité des services avant de déterminer s'il doit faire l'objet d'un retour précoce (prioriser le retour d'un TdeS uniquement pour des soins et services qui sont essentiels).

- ▶ Retourner en premier le TdeS dont la période d'isolement est presque terminée (CDC, Ontario).
- ▶ Envisager une réaffectation à d'autres tâches (n'impliquant pas d'interactions à haut risque) ou une évaluation par le service de santé (ou un autre service selon le milieu) avant de reprendre les soins directs aux usagers (Ontario).
- ▶ S'assurer qu'au moment du retour au travail, le TdeS qui est un cas de COVID-19 présente une absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et une amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). Il est essentiel de s'assurer que le TdeS est physiquement apte à travailler.
- ▶ Prioriser l'affectation du TdeS aux soins des usagers positifs à la COVID-19 ou rétablis (CDC, Ontario).
- ▶ Éviter d'affecter le TdeS qui est un cas de COVID-19 ou un TdeS exposé, aux soins d'usagers vulnérables (ex. : unités de greffés, usagers avec immunosuppression sévère ou à risque de complications graves) (Australie, BCCDC, Ontario).
- ▶ Envisager affecter le TdeS à une seule installation (Australie, Ontario).
- ▶ Prévoir un mécanisme permettant d'objectiver l'absence de signes et symptômes compatibles avec la COVID-19 avant chaque quart de travail chez un TdeS exposé (BCCDC, CDC, Ontario).
- ▶ S'assurer d'un mécanisme pour documenter le respect strict et rigoureux de l'hygiène des mains, du port des ÉPI et des autres mesures en vigueur (ex. : distanciation, dépistages) par les TdeS exposés ou cas de COVID-19 (Australie, BCCDC, CDC, Ontario).
- ▶ Assurer un suivi de l'épidémiologie locale de toute unité où est affecté un TdeS qui est un cas de COVID-19 en retour précoce afin de documenter toute transmission nosocomiale pouvant y être associée. Le cas échéant, aviser rapidement les gestionnaires visés, réviser les pratiques sur l'unité et recourir à d'autres mesures de mitigation.
- ▶ Éviter que le TdeS qui est un cas ne côtoie sans masque médical des TdeS qui ne sont pas des cas (Australie, Ontario, BCCDC).

## Scénarios de retour au travail précoce

Sur la base des principes énoncés précédemment, les scénarios de retour précoce suivants sont proposés :

### 1<sup>er</sup> choix

#### **TdeS asymptomatique qui est un contact avec vaccination de base incomplète**

- ▶ TAAN dès que possible puis chaque 2-3 jours pendant 7 jours après l'exposition.
- ▶ Le TdeS peut travailler en attendant le résultat.

### 2<sup>e</sup> choix

#### **TdeS confirmé de COVID-19 (cas)**

- ▶ Retrait 5 jours minimum;
- ▶ À partir du 5<sup>e</sup> jour :
  - ▶ Obtenir deux TDAR négatifs à intervalle de 24 heures avant le retour au travail.
  - ▶ Si un bris de service persiste ou selon la vulnérabilité de la clientèle desservie, le retour est possible après obtention d'un seul TDAR négatif.



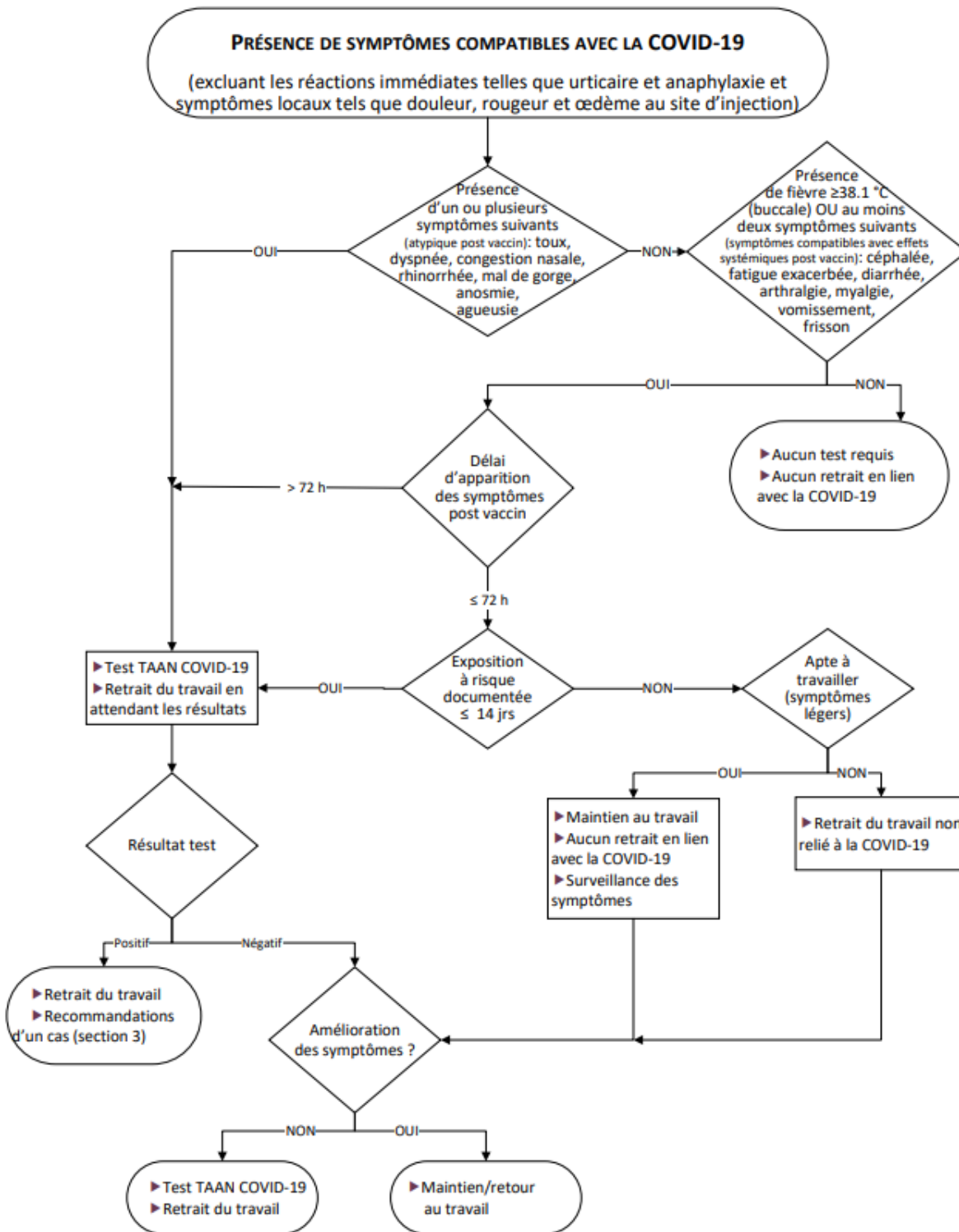
## 9 Prise en charge des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19

Les personnes vaccinées sont susceptibles de présenter différents symptômes dans les jours suivant la vaccination. Considérant que ces symptômes peuvent ressembler à ceux compatibles avec la COVID-19, des recommandations sur la prise en charge des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination sont nécessaires. Pour des informations sur les vaccins contre la COVID-19 et les manifestations cliniques indésirables (MCI) rapportés, consulter le Protocole d'immunisation du Québec ([PIQ](#)).

L'algorithme qui suit tient compte du fait que les réactions systémiques sont plus fréquentes après une 2<sup>e</sup> dose de vaccin, après une dose subséquente, ou chez quelqu'un qui a déjà fait l'infection. Les symptômes ont donc été différenciés entre ceux pouvant être le plus associés au vaccin dans les 72 heures après son administration et ceux non associés au vaccin et donc pouvant plutôt laisser suspecter une infection par le SRAS-CoV-2 (toux, dyspnée, congestion nasale, rhinorrhée, mal de gorge, anosmie, agueusie). Le délai d'apparition des symptômes est également important à déterminer afin de mieux orienter la prise en charge des TdeS.

Étant donné la circulation concomitante d'autres virus respiratoires dans la population, si un test pour la COVID-19 est effectué et que le résultat est négatif, il est nécessaire d'évaluer la pertinence de procéder à des analyses pour les autres virus respiratoires selon l'évolution clinique du travailleur et l'épidémiologie de ces virus. Pour plus d'informations sur la circulation des virus respiratoires, le lecteur est invité à consulter les pages Web du [Laboratoire de santé publique du Québec](#) (LSPQ) et du [ministère de la Santé et des Services sociaux](#) (MSSS).

# Algorithme 1 – Gestion des travailleurs de la santé post vaccination contre la COVID-19



## Références

Agence de santé publique du Canada (2021, 23 décembre). *Mise à jour sur la prise en compte d'Omicron – Prévention et contrôle provisoires de l'infection par la COVID-19 dans le contexte des soins de santé lorsque la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée – 23 décembre 2021.* <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/omicron-prevention-contrôle-contexte-soins-sante-covid-19-soupconnee-confirmee.html>

Águila-Mejía, J.D., Wallmann, R., Calvo-Montes, J., Rodríguez-Lozano, J., Valle-Madrado, T. *et al.* (2022, juin). Secondary Attack Rates, Transmission, Incubation and Serial Interval Periods of first SARS-CoV-2 Omicron variant cases in a northern region of Spain. *Emerging Infectious Diseases*, 28(6), 1224-1228. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35393009/>

Alberta Health Services. (2022, 21 juillet). *COVID-19 Return to work guide for health care workers.* <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Alberta Health Services. (2022, 19 juillet). *COVID-19 Return to Work Decision Chart For Healthcare Workers.* <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-decision-chart-healthcare-worker.pdf>

Australian Government Department of health. (2022a, 18 janvier). *Work permissions and restrictions for workers in health care settings, Interim guidance.* <https://www.health.gov.au/resources/publications/permissions-and-restrictions-for-workers-in-health-care-settings-interim-guidance>

Australian Government Department of health. (2022b, 14 janvier). *COVID-19 CDNA National guidelines for public health units, version 7.3.* <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/09/coronavirus-covid-19-cdna-national-guidelines-for-public-health-units.pdf>

Australian Government Department of health. (2022c, 11 février). *Interim guidance on managing workforce in regards to COVID-19 in aged care.* <https://www.health.gov.au/resources/publications/interim-guidance-on-managing-workforce-in-regards-to-covid-19-in-aged-care>

Bastard, J., Taisne, B., Figoni, J., Mailles, A., Durand, *et al.* (2022, 31 mars). Impact of the Omicron variant on SARS-CoV-2 reinfections in France, March 2021 to February 2022. *Eurosurveillance*, 27(13), 1-7. [https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.13.2200247#abstract\\_content](https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.13.2200247#abstract_content)

Benotmane, I., Gautier-Vargas, G., Wendling, M.-J., Perrin, P., Velay, A., *et al.* (2020, 12 septembre). In-depth virological assessment of kidney transplant recipients with COVID-19. *American Journal of Transplantation*, 20(11), 3162-3172. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32777130/>

Blanchard, A.C., Lamarre, V., Lamarche, J., Audy, N., Quach, C. (2022, 25 août). Mitigating healthcare staffing shortages: Should healthcare workers with severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) household exposures work? *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 1-3. <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/mitigating-healthcare-staffing-shortages-should-healthcare-workers-with-severe-acute-respiratory-coronavirus-virus-2-sarscov2-household-exposures-work/27345CCA326255F892F4E052BC3D2426>.

Boucau, J., Marino, C., Regan, J., Uddin, R., Choudary, M. C. *et al.* (2022, 21 juillet). Duration of Shedding of Culturable Virus in SARS-CoV-2 Omicron (BA.1). *The New England Journal of medicine*, 387(3). <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2202092?articleTools=true>

Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H. *et al.* (2021, 16 décembre). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. *Eurosurveillance*. 26(50). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.50.2101147>

British Columbia Centre for Disease Control/British Columbia Ministry of Health. (2022, 28 juin). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19 and Management of Health-Care Worker Exposures to COVID-19* [http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19\\_HCW\\_ReturnToWorkGuidance.pdf](http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf)

Centers for Disease Control and Prevention. (2022a, 21 janvier). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022, 2 février). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2022h, 21 janvier). *Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html#print>

Centers for Disease Control and Prevention (2021i, 27 décembre). *CDC updates and shortens recommended isolation and quarantine period for general population*. <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s1227-isolation-quarantine-guidance.html>

Chemaitelly, H., Ayoub, H.H., Coyle, P. *et al.* (2022). Protection of Omicron sub-lineage infection against reinfection with another Omicron sub-lineage. *Nature Communications*, 13, 4675. <https://www.nature.com/articles/s41467-022-32363-4>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2022b, 9 juin). *CIQ : Vaccination de base contre la COVID-19 et consolidation périodique de l'immunité*. Version 9 Juin 2022 <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3220-vaccination-base-covid-19-consolidation-periodique-immunite.pdf>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2022b, 20 janvier). *SRAS-CoV-2 : Avis complémentaire concernant la durée de contagiosité chez les cas confirmés de COVID-19 du variant Omicron dans les milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec.

Currie, D.W., Shah, M.M., Salvatore, P.P., Ford, L., Whaley, M.J. *et al.* (2022, 2 février). Relationship of SRAS-CoV-2 antigen and reverse transcription PCR positivity for viral cultures. *Emerging Infectious Diseases*, 28(3), 717-720. <https://doi.org/10.3201/eid2803.211747>

Di Ciaccio P., McCaughan, G., Trotman, J., Ho P. J., Y Cheah, C. *et al.* (2020, 15 mai). Australian and New Zealand consensus statement on the management of lymphoma, chronic lymphocytic leukaemia and myeloma during the COVID-19 pandemic. *Internal Medicine Journal*, 50(6), 667-679. <https://doi.org/10.1111/imj.14859>

Dhillon, RA. , Qamar, MA., Gilani, JA., Irfan, O., Waqar, U., Sajid, MI., Mahmood SF. (2021). The mystery of COVID-19 reinfections: A global systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine and Surgery*, 72. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.103130>

European Centre for disease control and prevention. (2022a, 7 janvier). *Guidance on quarantine of close contacts to COVID-19 cases and isolation of COVID-19 cases, in the current epidemiological situation*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/quarantine-and-isolation>

European Centre for disease control and prevention (2022b, 28 janvier). Technical report: Guidance on ending the isolation period for people with COVID-19, third update. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guidance-for-discharge-and-ending-of-isolation-of-people-with-COVID-19-third-update.pdf>

Hay, J., Kissler, S., Fauver, J.R., Mack, C., Tai, C.G. *et al.* (2022, 13 janvier). Viral dynamics and duration of PCR positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant. PrePrint. *Harvard Library*. [https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/37370587/omicron\\_ct.1-13-22.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/37370587/omicron_ct.1-13-22.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Helmsdal, G., Hansen, O.K., Moller, L.F., Christianson, D.H., Petersen M.S. *et al.* (2021, 22 décembre). Omicron outbreak at a private gathering in the Faroe Islands, infecting 21 of 33 triple-vaccinated healthcare workers. *Clinical Infectious Diseases*, 75(3), 893-896. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35134167/>

Institut national de santé publique du Québec. (2022, 16 mai). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Jansen, L., Tegomoh, B., Lange, K., Showalter, K., Figliomeni, K. *et al.* (2021, 31 décembre). Investigation of a SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) Variant Cluster.-Nebraska, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(51-52), 1782-1784. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm705152e3-H.pdf>

Keske Ş, Esken GG, Vatanserver C, Beşli Y, Kuloğlu ZE, Nergiz Z, Barlas T, Şencanlı Ö, Kuşkucu MA, Palaoğlu E, Can F, Ergönül Ö. (2022, 16 juillet). Duration of infectious shedding of SARS-CoV-2 omicron variant and its relation with symptoms. *Clinical Microbiology and Infection*, S1198-743X(22)00373-1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9287585/>

Kohmer, N., Toptan, T., Pallas, C., Karaca, O., Pfeiffer, A., Westhaus S., *et al.* (2021). The comparative clinical performance of four SARS-CoV-2 rapid antigen tests and their correlation to infectivity in vitro. *Journal of Clinical Medicine*, 10 (328), 1-11. <https://doi.org/10.3390/jcm10020328>

Lee JJ, Choe YJ, Jeong H, Kim M, Kim S, Yoo H, *et al.* (2021, novembre). Importation and transmission of SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) variant of concern in Korea, November 2021. *Journal of Korean Medical Science*, 36(50):e346. <https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e346>

McKay, S.L., Tobolowsky, F.A., Moritz, E.D., Hatfield, K.M., Bhatnagar, A., *et al.* (2021, juillet). CDC Infection prevention and control team and the CDC COVID-19 surge laboratory group. Performance evaluation of serial SARS-CoV-2 rapid antigen testing during a nursing home outbreak. *Annals of internal medicine*, 174, 945–851. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>

Ministère de la Santé Ontario (2022, 31 août). Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario (version 15). [https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact\\_mngmt/management\\_cases\\_contacts.pdf](https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts.pdf)

Ministère de la Santé Ontario (2022, 11 juin). Document d'orientation COVID-19 : Soins actifs - Version 8. [https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019\\_acute\\_care\\_guidance.pdf](https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_acute_care_guidance.pdf)

Peltan, I.D., Beesley, S.J., Webb, B.J., Lopansri, B.K., Sinclair W., *et al.* (2021, 4 mai). Evaluation of potential COVID-19 recurrence in patients with late repeat positive SARS-CoV-2 testing. *PLoS ONE*, 16(5): e0251214. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251214>

Public Health England (2022, 1 avril). COVID-19: managing healthcare staff with symptoms of a respiratory infection. Guidance Managing healthcare staff with symptoms of a respiratory infection or a positive COVID-19 test result. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-managing-healthcare-staff-with-symptoms-of-a-respiratory-infection/managing-healthcare-staff-with-symptoms-of-a-respiratory-infection-or-a-positive-covid-19-test-result>

Raza, M., Giri, P., Basu, Subhashis. (2022, 27 mars). Surveillance and return to work of healthcare workers following SARS-CoV-2 Omicron variant infection, Sheffield, England, 17 January to 7 February 2022. *Eurosurveillance*, 27(11). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2022.27.11.2200164>

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

Santé publique Ontario (2022, Avril) *TECHNICAL BRIEF Interim Infection Prevention and Control Measures based on COVID-19 Transmission Risks in Health Care Settings* [https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/ipac/technical-brief-ipac-measures-transmission-risks.pdf?sc\\_lang=en](https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/ipac/technical-brief-ipac-measures-transmission-risks.pdf?sc_lang=en)

Smith, R.L., Gibson, L.L., Martinez, P.P., Ke, R., Mirza, A. *et al.* (2021, 30 juin). Longitudinal assessment of diagnostic test performance over the course of acute SARS-CoV-2 infection, *The Journal of Infectious Diseases*, 224(6), 976–982. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab337>

Song, J. S., Lee, J., Kim, M., Jeong, H., Kim, M. S., Kim, S.Park, Y. (2022). Serial Intervals and Household Transmission of SARS-CoV-2 Omicron Variant, South Korea, 2021. *Emerging Infectious Diseases*, 28(3), 756-759. <https://doi.org/10.3201/eid2803.212607>

Stegger M., Edslev, S.M., Sieber, R.N., et al. (2022, 22 février). *Occurrence and significance of Omicron BA.1 infection followed by BA.2 reinfection*, medRxiv preprint. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.19.22271112v1.full.pdf>

Stiefel, U., Bhullar, D., Zabarasky, T., Palmieri, N.F., Diaz, K.D., et al. (2022, 8 février). Healthcare personnel frequently have positive severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 antigen tests 5 days or more after diagnosis of coronavirus disease 2019, *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 1-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35131000/>

Swissnoso. (2022a, 14 janvier). *Consensus des experts de Swissnoso pour des mesures d'accompagnement supplémentaires alignées sur la durée réduite des isolements et quarantaines dus au COVID-19*. [https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5\\_Forschung\\_und\\_Entwicklung/6\\_Aktuelle\\_Ereignisse/220114\\_SN\\_consensus\\_mesures\\_supplementaires\\_duree\\_reduite\\_des\\_isolements\\_et\\_quarantaines\\_FR.pdf](https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/220114_SN_consensus_mesures_supplementaires_duree_reduite_des_isolements_et_quarantaines_FR.pdf)

Swissnoso (2022b, 21 juin). *Recommandations de Swissnoso sur les mesures de prévention du COVID-19 dans les hôpitaux de soins aigus*. [https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5\\_Forschung\\_und\\_Entwicklung/6\\_Aktuelle\\_Ereignisse/220621\\_SN\\_reco\\_COVID-19\\_mesures\\_acute\\_care\\_v3.1\\_FR\\_final.pdf](https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/220621_SN_reco_COVID-19_mesures_acute_care_v3.1_FR_final.pdf)

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

World Health Organization. (2021, 2 février). *COVID-19: Occupational health and safety for health workers: interim guidance, 2 February 2021 Interim guidance*. [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW\\_advice-2021-1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1)

World Health Organization (2021, 30 octobre). Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>

Wu, Z. et McGoogan, J.M. (2020, 7 avril). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China. Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and prevention. *Journal of the American Medical Association*, 323(13), 1239-1242. [10.1001/jama.2020.2648](https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648)

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



## Historique des modifications

Version	Date	Modifications
6.1	2023-05-03	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Modification des milieux de soins visés par les recommandations de ce document.</li> <li>▶ Modification des indications de dépistages pour les TdeS contacts étroits d'un cas unique en milieu de soins.</li> <li>▶ Modification des indications de dépistages pour les TdeS contacts étroits ponctuels ou domiciliaires limités et contacts étroits domiciliaires continus.</li> </ul>
6.0	2022-10-07	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ajout d'une section « Méthodologie ».</li> <li>▶ Révision de la section portant sur la littérature scientifique et la littérature grise.</li> <li>▶ Retrait de certaines définitions.</li> <li>▶ Révision des catégories de protection.</li> <li>▶ Mise à jour des recommandations pour le TdeS asymptomatique qui est un contact (tableau 1).</li> <li>▶ Mise à jour des recommandations pour le TdeS symptomatique (tableau 2).</li> <li>▶ Mise à jour des recommandations pour le TdeS confirmé COVID-19 (tableau 3).</li> <li>▶ Révision de la section 7.</li> <li>▶ Mise à jour des recommandations pour le retour précoce des TdeS lors d'accès compromis aux services (section 8).</li> <li>▶ Intégration des recommandations du document Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19 en milieux de soins (mis à jour le 21 décembre 2021) (section 9).</li> </ul>
5.0	2022-04-25	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Révision des catégories de protection</li> <li>▶ Mise à jour des mesures pour les personnes symptomatiques en fonction du délai par rapport à une infection antérieure et du résultat du test</li> <li>▶ Ajouts des mesures pour un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral ».</li> </ul>
4.3	2022-04-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Révision de la catégorie « considéré protégé » et ajout d'une définition sur le calcul de la durée de l'isolement ou du retrait</li> </ul>
4.2	2022-03-25	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mise à jour pour le retour précoce d'un TdeS confirmé COVID-19 lors d'accès compromis aux services</li> </ul>
4.1	2022-02-25	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mise à jour partielle données sur l'efficacité vaccinale</li> <li>▶ Ajout utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées</li> <li>▶ Mise à jour test requis pour le retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service</li> </ul>
4.0	2022-01-28	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Révision des retraits préventifs pour les contacts domiciliaires.</li> <li>▶ Révision de la priorisation du retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service.</li> <li>▶ Retrait des documents de référence pour la gestion des cas et contacts en communauté et de réinfection.</li> </ul>
3.1	2022-01-06	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mise à jour partielle des données en lien avec Omicron.</li> <li>▶ Ajout section Rupture de service et retour de travailleurs de la santé.</li> </ul>
3.0	2021-12-21	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ajout définitions types de test.</li> <li>▶ Révision des catégories de protection.</li> <li>▶ Révision des recommandations selon les catégories de protection.</li> </ul>
2.0	2021-09-14	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale.</li> <li>▶ Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.</li> </ul>
1.2	2021-08-30	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.</li> </ul>
1.1	2021-07-15	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé.</li> <li>▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.</li> </ul>



# Comité sur les infections nosocomiales du Québec

## MEMBRES ACTIFS

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

Nathalie Bégin  
Centre intégré de santé et de services sociaux de la  
Montérégie-Centre

Karine Boissonneau  
Natasha Desmarteau  
Centre intégré universitaire de santé et de services  
sociaux de la Capitale-Nationale

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

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

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

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

Jean-François Laplante  
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 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins

---

### AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers

Geneviève Ancil, conseillère en soins infirmiers

Josée Massicotte, médecin-conseil

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil

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](mailto: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)

N° de publication : 3141

**Institut national  
de santé publique**

**Québec** 