

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

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

25 avril 2022 – version 5.0. Modifications apportées en jaune

Sommaire

Principales modifications	2
Préambule	2
Définitions	8
1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé	10
2 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	11
3 Travailleur de la santé confirmé COVID-19	12
4 Travailleur de la santé ayant obtenu un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral » (faible positif)	13
5 Autosurveillance des symptômes	14
6 Auto-isolement au travail	14
7 Isolement préventif avec retrait du travail	15
8 Accès compromis aux services et retour de travailleurs de la santé	16

La mise à jour de ce document est basée sur la littérature disponible concernant le variant Omicron (et ses sous-lignées) et peut changer selon l'évolution des connaissances. Les recommandations sont fondées sur l'information disponible au moment où elles ont été élaborées.

Selon les données du programme de surveillance des variants au Québec (basé sur les données de criblage du LSPQ et de laboratoires sentinelles), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que, pour la semaine du 3 avril 2022, la prévalence du variant Omicron (B.1.1.529) sous-lignée BA.2 représentait 84 % des cas au Québec contre 16 % pour la sous-lignée BA.1.

Selon les données et études préliminaires, la virulence de même que le potentiel d'échappement immunitaire de la sous-lignée BA.2 seraient similaires à ceux de la sous-lignée BA.1.

De nouvelles données provenant de la littérature scientifique sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron pour les personnes ayant reçu une primovaccination complète suivie d'une dose de rappel et pour les personnes ayant déjà fait l'infection et vaccinées, nous amènent à revoir les personnes considérées protégées face au variant Omicron (sous lignée BA.1 ou BA.2).

Principales modifications

- ▶ Ajout dans la catégorie des travailleurs considérés protégés ceux ayant eu :
 - ▶ Épisode de COVID-19 > 3 mois ET primovaccination complète (2 doses de vaccin COVID-19 reconnu par Santé Canada) et avec 1 dose de rappel ≥ 7 jours.
 - ▶ Épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois ET primovaccination complète (2 doses de vaccin COVID-19 reconnu par Santé Canada).
- ▶ Précisions sur les indications de prélèvements chez les travailleurs qui présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 moins de 3 mois après un épisode antérieur.
- ▶ Ajustements des mesures en fonction du délai par rapport à un épisode antérieur et des symptômes pour les travailleurs qui obtiennent un résultat positif moins de 3 mois après un épisode antérieur.
- ▶ Ajouts des mesures pour un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral ».

Préambule

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

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 **survenue en milieu de soins ou en communauté**. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage de l'infection, retrait du travail et retour au travail) pour les TdeS exposés lors d'une situation précise en fonction du type d'exposition, du port d'équipement de protection individuelle (ÉPI) ainsi que de leur statut immunitaire (acquis suite à l'infection ou par la vaccination).

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'ÉPI par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une **démarche de gestion de risque** sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés et des TdeS confirmés. Lors d'un contact avec un cas unique confirmé de COVID-19 ou lors d'une éclosion de COVID-19 en milieu de soins, se référer aux documents suivants selon le milieu concerné :

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

Ces documents précisent les dépistages requis chez les TdeS dans le but de rechercher la source du cas ou d'une éclosion et de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins.

Advenant qu'un TdeS ait eu un bris dans le port d'ÉPI, d'autres mesures telles que des dépistages additionnels sont requises et disponibles à la section 1 du présent document. À cet égard, il faut noter que les recommandations sont modulées en fonction du niveau de protection contre l'infection conférée par l'immunité lequel est défini comme TdeS protégé, partiellement protégé ou non protégé (voir section définitions). **Ces recommandations sont régulièrement mises à jour** selon l'évolution des données scientifiques.

Dans ce document, les niveaux d'exposition ne sont pas qualifiés de risque élevé, modéré ou faible contrairement à la prise en charge en communauté.

Dans une démarche de gestion des risques, il est possible que, dans certaines circonstances, un TdeS exposé à un cas ne soit pas retiré du travail considérant l'ensemble des mesures de mitigation mises en place dans les milieux de soins, de même que l'impact des retraits de TdeS sur la prestation de services. Ceux-ci doivent tout de même respecter certaines mesures telles que l'auto-isollement strict lorsqu'au travail, l'autosurveillance des symptômes et aussi dans certaines situations se soumettre à des tests de dépistage. De même, en considérant l'impact du manque de travailleurs pouvant compromettre l'accès aux services, des TdeS qui sont des cas de COVID-19 pourraient être rappelés à retourner au travail plus rapidement. Les options, par ordre de priorité, sont présentées à la [section 8](#) du présent document. À noter qu'il appartient aux autorités ministérielles de définir la notion d'accès compromis aux services afin d'en harmoniser l'application.

Incubation et **durée de contagiosité du variant Omicron**

Les données provenant d'études récentes faites auprès de travailleurs de la santé ou de personnes exposées à des cas infectés par le variant Omicron ont permis de constater que la durée médiane d'incubation est plus courte que celle des autres variants, se situant autour de 3 jours (intervalle entre **< 1** à 8 jours selon les références) (Kremer *et al.*, 2022; Backer *et al.*, 2022; Àguila-Mejia *et al.*, 2022; Helmsdal *et al.*, 2021; Jansen *et al.*, 2021; Brandal *et al.*, 2021).

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

Le niveau de protection offert par la vaccination

Plusieurs études publiées récemment portent sur les données d'estimation de l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron. Voici ce qui ressort de ces études (ASPC, 2022; CIQ, 2022) :

- ▶ L'efficacité contre une infection symptomatique ou non après une première série vaccinale (2 doses de vaccin ARNm) est faible, de l'ordre d'environ 30 à 40 % selon les études et tend à diminuer dans le temps.
- ▶ L'efficacité d'une dose de rappel (par un vaccin ARNm) à 3 mois ou plus après la dernière dose de la série vaccinale primaire a le potentiel de rehausser l'efficacité à prévenir les infections par le variant Omicron à des niveaux de l'ordre de 60 à 75 %.
- ▶ L'efficacité à prévenir l'hospitalisation après avoir reçu 2 doses de vaccin ARNm se situe entre 70 et 78 % et tend à s'améliorer après une dose de rappel pour atteindre 83 à 94 %.

Les résultats préliminaires d'une [étude québécoise](#) réalisée du 26 décembre 2021 au 5 février 2022, afin d'évaluer l'efficacité du vaccin ARNm face au variant Omicron, démontrent que l'efficacité après avoir reçu une dose de rappel (3 doses) est supérieure comparativement à 2 doses (De Serres *et al.*, 2022) :

- ▶ Cette efficacité à prévenir les infections sévères à la COVID-19 et l'hospitalisation était d'environ 80 % après 2 doses et de 90 % après 3 doses.
- ▶ L'efficacité du vaccin à prévenir une consultation à l'urgence était d'environ 60 % après 2 doses et de 85 % après 3 doses.
- ▶ Finalement, l'efficacité à prévenir une maladie légère, qui n'a pas entraîné de consultation, était d'environ 45 % après 2 doses et de 80 % après 3 doses.

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

La réponse immunitaire d'un individu lors d'une infection résulte en la production d'anticorps (immunité humorale) et l'activation des lymphocytes (immunité cellulaire) qui seront dirigés contre plusieurs parties du virus. Plusieurs études ont démontré que les personnes ayant été infectées par le SRAS-CoV-2 ont des anticorps neutralisants qui vont persister jusqu'à 12 mois chez la plupart des individus témoignant de la robustesse de la réponse immunitaire après l'infection (CIQ, 2022).

La protection relative **contre une infection par la même souche ou variant du SRAS-CoV-2** conférée par une infection antérieure, est d'au moins de 81 % jusqu'à 5 à 7 mois post-infection selon de nombreuses études épidémiologiques (Hall *et al.*, 2021; Hansen *et al.*, 2021; Lumley *et al.*, 2020; Sheehan *et al.*, 2021; ECDC, 2021d; Santé publique Ontario, 2021; ASPC, 2021). **D'autres études** ont démontré une mémoire immunitaire (anticorps et cellules mémoires B et T) pouvant aller jusqu'à 12 mois (Petersen *et al.*, 2021; Laing *et al.*, 2021; Yao *et al.*, 2021; [Huang *et al.*, 2021](#)).

Cependant, l'étude de Huang *et al.* (2021) a rapporté que l'immunité (niveaux d'anticorps neutralisants) diminue dans les quelques semaines ou mois suivant une infection et que cette diminution est plus rapide chez les personnes ayant eu une infection légère. L'étude de Struck *et al.* (2021) a récemment montré une maturation immunitaire incomplète après une infection, comparativement à deux doses de vaccin. Cette maturation incomplète peut faciliter une réinfection par le SRAS-CoV-2 et empêcher le développement d'une immunité de groupe (Bauer *et al.*, 2021; Struck *et al.*, 2021). De façon intéressante, Struck *et al.* (2021) ont également montré que la combinaison d'une infection et une dose de vaccin mène au même niveau d'immunité que deux doses de vaccin.

Les personnes ayant eu un épisode récent (≤ 3 mois) de COVID-19 sont présumées avoir été infectées par le variant Omicron. En se basant sur les données recueillies par le LSPQ, la proportion de cas du variant Omicron au Québec était de 100 % à partir de la semaine du 16 janvier 2022. La prévalence du variant Omicron (B.1.1.529), sous-lignée BA.2 représente **84 % des cas au Québec, contre 16 % pour la sous-lignée BA.1** pour la semaine du **3 avril 2022**. Selon les données et études préliminaires, la virulence de même que le potentiel d'échappement immunitaire de la sous-lignée BA.2 seraient similaires à ceux de la sous-lignée BA.1.

Les résultats préliminaires d'une [étude québécoise](#) réalisée du 26 décembre 2021 au 12 mars 2022 (Carazo *et al.*, 2022) chez les individus de 12 ans et plus vivant dans la communauté, afin d'évaluer la protection dont bénéficie une personne ayant déjà eu la COVID-19, a révélé que :

- ▶ **Une infection par le SRAS-CoV-2 avant l'arrivée du variant Omicron confère une protection contre une réinfection par le variant Omicron.**
- ▶ **Plus l'infection antérieure a été sévère, plus la protection contre le variant Omicron est élevée.**
- ▶ **Chez les individus non vaccinés, la protection contre l'infection à Omicron conférée par une infection antérieure diminue avec le temps (≥ 6 mois).**

À des fins d'intervention, le Cinq a décidé de considérer une durée d'immunité jusqu'à 3 mois post-infection.

Données sur les cas de réinfection répertoriés

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

La confirmation d'une réinfection est possible seulement par la comparaison de la séquence du génome du virus entre la première et la deuxième infection. Bien que les réinfections demeurent des événements rares, plusieurs rapports confirmant des réinfections ont été publiés. Entre autres, le site Web « [COVID-19 reinfection tracker](#) » rapporte 544 cas de réinfections entre août 2020 et novembre 2021, avec un intervalle moyen de 115 jours entre les deux épisodes infectieux.

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

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

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

Une étude récente (Stegger *et al.*, 2022) a investigué 187 réinfections survenues entre 21 et 60 jours d'intervalle (du 22 novembre 2021 au 11 février 2022). Parmi celles-ci, 47 réinfections avec le variant BA.2 survenues rapidement après une première infection ont été identifiées, principalement chez des personnes jeunes et non vaccinées, ayant fait une maladie légère. Les auteurs concluent qu'une infection avec BA.2 peu de temps après une infection avec BA.1 est possible, mais demeure quand même rare.

Des données provenant de certains centres hospitaliers québécois et non publiées rapportent quelques cas anecdotiques de réinfection suite à une infection préalable (estimée) avec le variant Omicron. Ces réinfections sont toutes survenues plus de 60 jours après l'épisode initial.

Efficacité de la vaccination chez les personnes déjà infectées

De nombreuses études portant sur la réponse immunitaire après la vaccination chez des personnes ayant déjà fait l'infection au SRAS-CoV-2 ont démontré qu'une dose de vaccin à ARNm fait augmenter la quantité d'anticorps mais aussi l'intensité de la réponse cellulaire. Ainsi les titres d'anticorps observés après une dose de vaccin à ARNm chez ces personnes sont comparables ou même plus élevés que chez des individus ayant reçu 2 doses de vaccin sans avoir fait l'infection. Les titres en anticorps les plus élevés ont été retrouvés chez les personnes préalablement infectées qui ont ensuite reçu 2 doses de vaccin (CIQ, 2022; Perkmann *et al.*, 2021).

Dans une étude de cohorte longitudinale chez des TdeS, Gallais *et al.* (2021) ont observé une augmentation rapide (6 jours après la vaccination) des anticorps dirigés contre le *Receptor Binding Domain* (RBD) de la protéine de spicule et de la protéine de nucléocapside du virus. Ceci suggère que les personnes ayant fait l'infection ont une réponse robuste et bien établie de leur immunité cellulaire (cellule mémoire B) et ce malgré des taux plus faibles d'anticorps neutralisants. Cette observation est en concordance avec une autre étude (Dan *et al.*, 2021) qui a démontré que malgré la diminution dans le temps des anticorps neutralisants chez les personnes ayant fait l'infection, ceci ne reflète pas pour autant une diminution de la réponse immunitaire humorale mais plutôt une contraction de la réponse immunitaire, tandis que la maturation de l'affinité des anticorps se produit via les cellules mémoire B.

Une personne infectée par le variant Omicron, survenant chez une personne déjà immunisée (suite à une infection antérieure ou par la vaccination), va très probablement développer un haut niveau de protection contre une réinfection par le variant Omicron, mais également contre les souches appartenant à des lignées antérieures (CIQ, 2022).

Les résultats préliminaires d'une [étude québécoise](#) réalisée du 26 décembre 2021 au 12 mars 2022 (Carazo *et al.*, 2022) qui tentait d'évaluer la protection conférée par la vaccination avec un vaccin ARNm face au variant Omicron en comparaison avec ceux ayant eu une primo-infection et vaccinés, démontrent que :

- ▶ Chez les personnes ayant reçu 3 doses de vaccin (primovaccination suivie d'une dose de rappel) on constate une réduction du risque d'infection de 83 % comparé aux personnes non vaccinées n'ayant jamais eu la COVID-19 et que cette protection demeure stable jusqu'à 5 mois suivant la dernière dose de vaccin.

Données sur la transmission lors de contact domiciliaire

Une étude au Danemark (Lyngse *et al.*, 2021) a comparé le taux d'attaque secondaire parmi les contacts domiciliaires de cas infectés par le variant Delta et ceux infectés par le variant Omicron (B.1.1.529). Les résultats sont les suivants :

- ▶ Le taux d'attaque secondaire est plus élevé lorsque le cas primaire est causé par le variant Omicron (31 %) par rapport au variant Delta (21 %);
- ▶ Cette différence dans les taux d'attaque résulte d'une certaine diminution de la protection conférée par la vaccination contre le variant Omicron considérant les taux d'attaques secondaires parmi les contacts vaccinés 2 doses (32 % pour l' Omicron vs 19 % pour le Delta) et les contacts ayant reçu une dose de rappel (25 % pour l'Omicron et de 11 % pour le Delta), alors que la proportion d'infection secondaire chez les individus non vaccinés était comparable (29 % pour le variant Omicron vs 28 % pour le Delta).
- ▶ Une étude de cohorte a été menée au Québec (Quach *et al.*, 2022), portant sur les infections secondaires survenues parmi 475 TdeS ayant des contacts domiciliaires avec des cas de COVID-19 avec le variant Omicron (entre le 20 décembre 2021 et le 17 janvier 2022). Parmi les TdeS exposés, 50 % (238 sur 475) sont devenus positifs, dont 82 % ont été trouvés positifs lors du test initial. Parmi les 279 TdeS contacts domiciliaires maintenus au travail, 42 (15 %) sont devenus positifs avec une médiane de 4 jours après le test initial. Aucune transmission nosocomiale n'a été observée parmi la clientèle et les autres TdeS de cet hôpital.

Utilisation de test de dépistage ou diagnostique pour le SRAS-CoV-2

Pour les TdeS, l'utilisation du test de dépistage par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) effectué en laboratoire (TAAN-labo) est priorisée.

En cas de pénurie de TAAN-labo, le TAAN rapide hors laboratoire (ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) pourrait être utilisé chez les TdeS symptomatiques.

L'utilisation de tout test rapide de détection antigénique ou autotest n'est pas recommandée pour la gestion des TdeS exposés ou asymptomatiques. Si un TdeS a obtenu un résultat positif ou négatif d'un test rapide de détection antigénique (TDAR) que ce soit à des fins diagnostiques en présence de symptômes ou comme test de dépistage en post-exposition et asymptomatique, ce TdeS devra faire un nouveau test par TAAN-labo. Cette recommandation ne s'applique pas au TdeS non vacciné qui a des dépistages systématiques mis en place par le MSSS.

Utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées

Plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre différents tests, soit le TAAN-labo, les TDAR et la culture virale, afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Il est convenu que la charge virale diminue avec le temps suite à un épisode de COVID-19. La culture virale est considérée comme étant un bon indicateur pour suivre la capacité du virus à infecter des cellules (contagiosité), mais, étant donné, entre autres, le fait qu'elle doit être réalisée en laboratoire spécialisé ainsi que le délai d'obtention des résultats, elle ne peut être utilisée au cas par cas pour déterminer l'infectiosité d'un TdeS à un moment précis. Des comparaisons avec la culture virale montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle alors que la positivité des TDAR semble mieux corrélérer avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN (Currie *et al*, 2022, Kohmer *et al*, 2021, McKay *et al*, 2021).

Par conséquent, l'obtention de résultats de 2 TDAR négatifs réalisés à 24 heures d'intervalle nous semble être un meilleur indicateur afin d'évaluer la persistance de l'infectiosité que l'obtention d'un TAAN-labo négatif. Ainsi, le TDAR pourrait être utilisé, advenant la nécessité d'un retour au travail d'un TdeS confirmé COVID-19, partiellement protégé ou non protégé et asymptomatique (ou avec une amélioration du tableau clinique), avant la fin de sa période de 10 jours d'isolement à la maison (voir [section 8](#)).

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

Définitions

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

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

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

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

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

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

Milieus de soins

- ▶ Hôpitaux.
- ▶ CHSLD et certains autres milieux de vie comportent des unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (p. ex. : RPA, RI).
- ▶ Centres de réadaptation.
- ▶ Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

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

Tests de dépistage ou diagnostique

- ▶ **TAAN laboratoire (TAAN-labo)** : test TAAN effectué en laboratoire.
- ▶ **TAAN rapide au point de service** : test d'amplification des acides nucléiques (p. ex. : ID NOW^{MD}, LUCIRA^{MD}) réalisé hors laboratoire et autorisé par Santé Canada à cette fin.
- ▶ **Test de détection antigénique rapide (TDAR)** : test rapide réalisé hors laboratoire. (p. ex. : Panbio^{MD}, BD Veritor^{MD}, BTNX^{MD}). Ces tests ne sont pas tous égaux. Ils ont en général une bonne spécificité, mais une sensibilité moindre, lorsque comparés au TAAN-labo. Certaines de ces épreuves sont autorisées par Santé Canada pour une utilisation comme épreuve de biologie médicale délocalisée au point de service, d'autres sont autorisés en autotest.

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

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

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

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

Travailleur de la santé considéré protégé contre l'infection (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ Épisode de COVID-19 \leq 3 mois (vacciné ou non).
- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 3 mois ET primovaccination complète (2 doses de vaccin COVID-19 reconnu par Santé Canada) et avec 1 dose de rappel.
- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 3 mois et \leq 6 mois ET primovaccination complète (2 doses de vaccin COVID-19 reconnu par Santé Canada).

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé contre l'infection, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 3 mois et \leq 6 mois ET primovaccination incomplète ou non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 6 mois et \leq 12 mois ET primovaccination complète ou incomplète.
- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 12 mois et primovaccination complète.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination complète (2 doses de vaccin COVID-19 reconnu par Santé Canada) et avec ou sans dose de rappel \geq 7 jours.

Travailleur de la santé considéré non protégé contre l'infection, c'est-à-dire répondant à un des critères suivants :

- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 6 mois et \leq 12 mois ET non vacciné.
- ▶ Épisode de COVID-19 $>$ 12 mois ET non vacciné ou primovaccination incomplète.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination incomplète.
- ▶ Aucun épisode de COVID-19 ET aucune vaccination.
- ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non.

1 Travailleur de la santé asymptomatique exposé

	Type d'exposition au cas de COVID-19	TdeS considéré protégé	TdeS considéré partiellement protégé	TdeS considéré non protégé
		<p>Épisode de COVID-19 ≤ 3 mois (vacciné ou non)</p> <p>Épisode de COVID-19 > 3 mois et primovaccination complète et 1 dose de rappel ≥ 7 jours</p> <p>Épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois et primovaccination complète</p>	<p>Épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois ET primovaccination incomplète ou non vacciné.</p> <p>Épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois ET primovaccination complète ou incomplète.</p> <p>Épisode de COVID-19 > 12 mois et primovaccination complète.</p> <p>Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination complète et avec ou sans dose de rappel ≥ 7 jours.</p>	<p>Épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois ET non vacciné.</p> <p>Épisode de COVID-19 > 12 mois ET non vacciné ou primovaccination incomplète.</p> <p>Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination incomplète.</p> <p>Aucun épisode de COVID-19 ET aucune vaccination.</p> <p>Immunosupprimé vacciné ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non.</p>
TdeS ASYMPTOMATIQUE	Contact étroit^A en milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait du travail ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours, référer section 7 ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5
	Contact étroit^B ponctuel ou domiciliaire limité	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition (sauf si épisode de COVID-19 ≤ 3 mois) ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 7 jours, référer section 7 ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 	
	Contact étroit^B continu au domicile	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 7 jours, référer section 7 ▶ Dépistage par TAAN-labo le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 	

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

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

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

Peu importe le type de catégorie de protection

Épisode antérieur de COVID-19 \leq 60 jours :

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

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

- ▶ Isolement à la maison et effectuer **TAAN-labo** dès que possible.
- ▶ Résultat positif : référer à [section 3](#).
- ▶ Résultat négatif :
 - ▶ **Était préalablement en retrait du travail (isolement préventif)** : poursuivre l'isolement préventif
 - ▶ **N'était pas en retrait du travail (isolement préventif)** : lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes :
 - ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires)
 - ▶ Augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre l'isolement à la maison en attendant les résultats

TdeS SYMPTOMATIQUE

3 Travailleur de la santé confirmé COVID-19

TdeS considéré protégé		TdeS considéré partiellement protégé	TdeS considéré non protégé
Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 3 mois	Épisode de COVID-19 > 3 mois et primovaccination complète et 1 dose de rappel ≥ 7 jours Épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois et primovaccination complète	Épisode de COVID-19 > 3 mois et ≤ 6 mois ET primovaccination incomplète ou non vacciné. Épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois ET primovaccination complète ou incomplète. Épisode de COVID-19 > 12 mois et primovaccination complète. Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination complète et avec ou sans dose de rappel ≥ 7 jours.	Épisode de COVID-19 > 6 mois et ≤ 12 mois ET non vacciné. Épisode de COVID-19 > 12 mois ET non vacciné ou primovaccination incomplète. Aucun épisode de COVID-19 ET primovaccination incomplète. Aucun épisode de COVID-19 ET aucune vaccination. Immunosupprimé vacciné ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non.
<p>Même s'il n'est pas recommandé de faire un test, s'il a été réalisé et est positif^A</p> <p>Épisode antérieur ≤ 60 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ne pas considérer comme un nouveau cas de COVID-19 ▶ TdeS asymptomatique : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ni mesures supplémentaires ▶ TdeS symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Envisager un autre diagnostic ▶ Appliquer les mesures en fonction de ce diagnostic <p>Épisode antérieur > 60 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS asymptomatique <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintien au travail ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, référer section 6 ▶ Autosurveillance des symptômes, référer section 5 ▶ TdeS symptomatique <ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les mêmes mesures que la colonne de droite 	<p>Travailleur de la santé non immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 10 jours^B (exception pour voyageurs, voir ci-bas) après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) <p>Exception pour le TdeS voyageur : Référer aux directives provinciales et fédérales (COVID-19 : voyage, dépistage, quarantaine et frontières).</p> <p>Travailleur de la santé immunosupprimé excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 14 jours^B avec deux TDAR^C négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le TdeS aux soins de cas confirmés de COVID-19 et référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Travailleur de la santé avec immunosuppression sévère (p. ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR^C à intervalle de 24 heures afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement ▶ L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ▶ Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 du TdeS est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (p. ex. : Décadron et Tocilizumab) est aussi à évaluer par l'équipe traitante 		

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

^B Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement se calcule :

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

^C Le TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé. L'autotest n'est pas valable pour cesser un isolement.

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

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

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

5 Autosurveillance des symptômes

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

- ▶ Si le TdeS n'est pas en retrait du travail, valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. : signature d'un registre individuel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 2](#).

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

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

6 Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit **jusqu'à 10 jours** suivant la dernière exposition

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

7 Isolement préventif avec retrait du travail

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

- ▶ Communiquer régulièrement avec le TdeS (selon les modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- ▶ Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, référer [section 2](#).

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

- ▶ Être en isolement préventif à la maison, référer à [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19](#).
- ▶ Faire l'autosurveillance des symptômes (référer [section 5](#)).
- ▶ Advenant que le TdeS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 10 jours (p. ex. : **lors accès compromis aux services**), celui-ci doit tout de même [respecter les mesures en communauté](#) après le quart de travail.
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai.
 - ▶ Référer aux consignes pour l'isolement : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement>.

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

Cette section présente les recommandations concernant le retour au travail précoce des TdeS lors d'enjeux d'accès aux services. Un résumé des recommandations décrites dans les sections précédentes, sans enjeu d'accès aux services, est également présenté.

La décision d'appliquer les recommandations lorsque l'accès aux soins est compromis ou que la situation représente un risque pour la sécurité des usagers doit se prendre selon une gestion de risque qui dépasse les activités de la prévention et du contrôle des infections. L'ordonnement du retour au travail précoce des TdeS en isolement tient compte d'une gradation du risque que représentent différentes situations allant d'un moindre risque jusqu'aux situations dont le risque pour les autres TdeS et usagers semble plus important. L'ordre de retour au travail suivant est proposé :

1 ^{er} choix	TdeS partiellement protégé et contact domiciliaire en continu avec le cas	} Voir tableau section 8.1
2 ^e choix	TdeS non protégé et contact en milieu de soins ou en communauté (sauf contact continu à domicile)	
3 ^e choix	TdeS non protégé et contact domiciliaire en continu avec le cas	
4 ^e choix	} TdeS cas confirmé de COVID-19	} Voir tableau section 8.2
5 ^e choix		

La décision de retourner au travail des travailleurs ayant été en contact avec un cas de COVID ou étant eux-mêmes des cas de COVID-19 confirmés devrait être modulée en fonction du contexte de travail qui prévaut dans le milieu où le travailleur est assigné. Cette mesure d'exception devrait s'accompagner de mesures de mitigation du risque pour éviter une transmission vers les autres travailleurs de la santé et les usagers.

8.1 Retour précoce d'un travailleur de la santé qui est un contact

Le premier choix lors d'accès compromis aux services, est le retour précoce des **contacts** tel que détaillé dans ce tableau :

		MESURES POUR LE RETOUR DES CONTACTS ^A			
		MESURES SANS		MESURES AVEC	
		ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES		ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES	
		TdeS partiellement protégé	TdeS non protégé	Priorisation retour précoce	Conditions requises pour le retour précoce
TdeS avec exposition	En milieu de soins (contact sans port bon ÉPI)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	2^e choix – TdeS non protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit être asymptomatique au moment du retour au travail ▶ Doit avoir un test TAAN-labo négatif juste avant le retour au travail ▶ Dépistage par TAAN-labo chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours ▶ Auto-isolément strict lorsqu'au travail, section 6 ▶ Autosurveillance des symptômes, section 5
	En communauté (contact ponctuel avec le cas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire limité avec le cas (cas s'isole)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait jusqu'au 1^{er} test TAAN-labo négatif le plus tôt possible ▶ Poursuivre dépistage chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 		
	Contact domiciliaire en continu avec le cas (cas ne s'isole pas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 10 jours ▶ Dépistage le plus tôt possible ET chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours 	1^{er} choix – TdeS partiellement protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif 3^e choix – TdeS non protégé Retrait jusqu'au 1 ^{er} test TAAN-labo négatif	

^A Excluant **TdeS considéré protégé** qui ne requiert aucun retrait.

8.2 Retour précoce d'un travailleur de la santé qui est un cas de COVID-19

Advenant la **persistance des enjeux d'accès aux services** malgré le retour au travail des contacts (tableau précédent, section 9.1), le retour au travail précoce de TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique (ou avec une amélioration du tableau clinique) et partiellement protégé ou non protégé est possible. Toutefois, les évidences scientifiques indiquent que la durée de contagiosité du variant Omicron, prédominant actuellement, demeure à 10 jours tel que décrit dans l'avis du CINQ (CINQ, 2022b). L'application de ces recommandations lors d'accès compromis aux services sur les unités de soins hébergeant des usagers immunosupprimés ou pouvant être plus susceptibles de développer la forme sévère de la COVID-19 devrait se faire avec la plus grande prudence.

Cette décision doit être prise en considérant le risque de transmission dans le milieu de soins, la vulnérabilité de la clientèle ainsi que les impacts du manque de travailleurs. Afin de guider la prise de décision, rappelons que, selon les données de la littérature, de 50 à 60 % des travailleurs auront probablement un résultat de TDAR positif au jour 5 (voir section *Utilisation des tests pour suivre l'infectiosité des personnes infectées*) (Raza et al., 2022).

		MESURES POUR LE RETOUR DES <u>CAS</u> DE COVID-19		
		SANS ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES	AVEC ACCÈS COMPROMIS AUX SERVICES	
			Priorisation retour précoce	Conditions requises pour le retour précoce
TdeS infecté	TdeS cas confirmé COVID-19	Retrait 10 jours	<p>4^e choix – TdeS partiellement protégé et non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 7 jours ▶ Doit avoir 2 TDAR négatifs (jours 6 et 7) <p>Si l'accès compromis aux services persiste :</p> <p>5^e choix – TdeS partiellement protégé et non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait 5 jours minimum ▶ À partir du 5^e jour, effectuer un TDAR quotidien pour avoir 2 TDAR négatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS doit au moment du retour au travail : absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). ▶ Doit avoir 2 TDAR négatifs avant le retour au travail à 24 heures d'intervalle. Le premier TDAR peut-être un autotest. Le deuxième TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé et peut être effectué le jour du retour au travail. Ne pas effectuer des tests au-delà du jour 10. Même si le TdeS n'a pas deux tests négatifs après son retrait de 10 jours, le retour au travail est permis. ▶ Auto-isolement strict lorsqu'au travail, section 6.

Références

Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2022, 19 janvier). *Omicron Monitoring Report 6*.

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

Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices sur la réalisation d'un nouveau test PCR chez des personnes ayant déjà obtenu un résultat positif pour la COVID-19. 8 déc 2020; <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/realisation-nouveau-test-pcr-personnes-ayant-deja-obtenu-resultat-positif-covid-19.html>.

Alberta Health Services. (2022, 7 janvier). *COVID-19 Return to work guide for health care workers*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf>

Águila-Mejía, J., Wallmann, R., Calvo-Montes, J., Rodríguez-Lozano, J., Valle-Madrado, T. *et al.* (2022, 20 janvier). Secondary Attack Rates, Transmission, Incubation and Serial Interval Periods of first SARS-CoV-2 Omicron variant cases in a northern region of Spain. Research Square. Prépublication. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1279005/v1>

Australian Government Department of health. (2022a, 10 janvier). *Permissions and restrictions for workers in health care settings, Interim guidance*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/permissions-and-restrictions-for-workers-in-health-care-settings-interim-guidance>

Australian Government Department of health. (2022b, 14 janvier). *COVID-19 CDNA National guidelines for public health units, version 6.4*. [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/\\$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7A8654A8CB144F5FCA2584F8001F91E2/$File/COVID-19-SoNG%20v6.4.pdf)

Australian Government Department of health. (2022c, 5 janvier). *Interim guidance on managing workforce in regards to COVID-19 in aged care*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/interim-guidance-on-managing-workforce-in-regards-to-covid-19-in-aged-care>

Backer, J.A., Eggink, D., Andeweg, S.P., Veldhuijzen, I.K., van Maarseveen, N., *et al.* (2022, 28 janvier). Shorter serial intervals in SARS-CoV-2 cases with Omicron BA.1 variant compared to Delta variant in the Netherlands, 13 – 26 December, 2021. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.18.22269217>

Bastard, J., Taisne, B., Figoni, J., Mailles, A., Durand, J., Fayad, M., *et al.* (2022, 31 mars). Impact of the Omicron variant on SARS-CoV-2 reinfections in France, March 2021 to February 2022. *Euro Surveill*. Volume 27, Issue 13, 31/Mar/2022. https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.13.2200247#abstract_content

Bauer, G. (2021, mai). The potential significance of high avidity immunoglobulin G (IgG) for protective immunity towards SARS-CoV-2. *International Journal of Infectious Diseases*, Volume 106, May 2021, Pages 61-64 <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.061>

Benotmane, I., Gautier-Vargas, G., Wendling, M-J., Perrin, P., Velay, A., *et al.* (2020, 12 septembre). In-depth virological assessment of kidney transplant recipients with COVID-19. *American Journal of Transplantation*, 20, 3162-3172. <https://doi.org/10.1111/ajt.16251>

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

British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 22 septembre). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Carazo, S., De Serres, G., Skowronski, D., Brisson, M., Sauvageau, S., Brousseau, N., et al. Protection contre le variant Omicron conférée par une COVID-19 antérieure, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/vaccination/protection-infection-anterieure>

Centers for Disease Control and Prevention (2020a). Reinfection with COVID-19. 27 oct 2020; <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/reinfection.html>.

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

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

Centers for Disease Control and Prevention. (2022b, 14 janvier). *Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance*. *Interim guidance on ending isolation and precautions for people with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021c, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021d, 20 décembre). *Omicron variant: what you need to know*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022e, 7 janvier). *Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States*. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2022f, 16 janvier). *Stay up to date with your vaccines*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2021g, 10 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#>

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

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

Comité consultatif national de l'immunisation. (2021, 22 octobre). *Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommandations-use-covid-19-vaccines/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19-fr.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2022, 21 janvier). *CIQ : Avis complémentaire concernant l'utilité d'une dose de rappel pour les personnes ayant une histoire d'infection par le SRAS-CoV-2 et ayant reçu 2 doses de vaccin*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3199-utilite-dose-rappel-personnes-infection-sras-cov-2.pdf>

Comité sur l'immunisation du Québec. (2021, 16 décembre). *CIQ : Pertinence d'une dose de rappel d'un vaccin contre la COVID 19 pour les différentes catégories d'adultes au Québec*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3184-dose-rappel-vaccin-covid19-adultes>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2021a, 20 décembre). *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>

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

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

De Serres, G., Febriani, Y., Ouakki, M., Talbot, D., Gilca, R., Deceuninck, G. *et al.* (2022, 16 février). *Efficacité du vaccin contre la COVID-19 causée par le variant Omicron au Québec, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES* <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/vaccination/efficacite-omicron>

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

Dhillon, RA. , Qamar, MA., Gilani, JA., Irfan, O., Waqar, U., Sajid, MI., Mahmood SF. The mystery of COVID-19 reinfections: A global systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021 Dec;72:103130. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.103130> European Center for disease control and prevention. (2021a, 28 octobre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021a, 28 octobre). *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

European Center for disease control and prevention. (2021b, 9 février). *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – sixth update*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>

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

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

Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance — Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1167-1169. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm>

Gallais, F., Gantner, P., Bruel, T., Velay, A., Planasc, D., *et al.* (2021, 27 août). Evolution of antibody responses up to 13 months after SARS-CoV-2 infection and risk of reinfection. *EBioMedicine* 71(2021). <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103561>

Gouvernement du Québec. (2022, 25 janvier). *Tableau de bord de la situation au Québec*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-382W_infographie_sommaire-executif.jpg?1631545316

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

- Hansen, C.H., Michlmayr, D., Gubbels, S.M., Mølbak K., Ethelberg S. (2021, 17 mars). Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet* 397(10280), 1204-1212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00575-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00575-4)
- Hay, J., Kissler, S., Fauver, J.R., Mack, C., Tai, C.G. *et al.* Viral dynamics and duration of PCR positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant. (2022, 13 janvier). *Harvard Library*. https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/37370587/omicron_ct.1-13-22.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Helmsdal, G., Hansen, O.K., Moller, L.F., Christianson, D.H., Petersen M.S. *et al.* (2021, 22 décembre). Omicron outbreak at a private gathering in the Faroe Islands, infecting 21 of 33 triple-vaccinated healthcare workers. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.12.22.21268021>
- Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L., *et al.* 6-Month Consequences of COVID-19 in Patients Discharged from Hospital: A Cohort Study, *Lancet* (London, England), 397 (10270) (2021), p. 220-32, [10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)
- Institut national de santé publique du Québec. (2021a, 8 janvier). *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022b, 6 janvier). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimes-covid19>
- Institut national de santé publique du Québec. (2021c, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022d). *Données sur les variants du SRAS-CoV-2 au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>
- Jansen, L., Tegomoh, B., Lange, K., Showalter, K., Figliomeni, K. *et al.* (2021, 31 décembre). Investigation of a SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) Variant Cluster.-Nebraska, November–December 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 70(51-52).<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm705152e3-H.pdf>
- Kohmer, N., Toptan, T., Pallas, C., Karaca, O., Pfeiffer, A., Westhaus S., *et al.* The comparative clinical performance of four SARS-CoV-2 rapid antigen tests and their correlation to infectivity in vitro. *Journal of Clinical Medicine*. 2021, 10, 328. <https://doi.org/10.3390/jcm10020328>
- Kremer, C., Braeye, T., Proesmans, K., André, E., Torneri, A. *et al.* (2022, 28 janvier). Observed serial intervals of SARS-CoV-2 for the Omicron and Delta variants in Belgium based on contact tracing data, 19 November to 31 December 2021. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.28.22269756>
- Laing, E.D., Epsi, N.J., Richard, S.R., Samuels, E.C., Wang, W. *et al.* (2021, 2 mai). SARS-CoV-2 antibodies remain detectable 12 months after infection and antibody magnitude is associated with age and COVID-19 severity. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.27.21256207>
- Lynge, F.P., Mortensen, L.V., Denwood, M.J., Christiansen, L.E., Moller, C.H. *et al.* (2021, 22 décembre). SARS-CoV-2 Omicron VOC transmission in danish households. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268278>
- Li, N., Wang, X., Lv, T. (2020, 29 avril). Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *Journal of Medical Virology* 92(11), pages 2286-2287. <https://doi.org/10.1002/jmv.25952>
- Lumley, S., Rodger, G., Constantinides, B., Sanderson, N., Chaud K.K., *et al.* (2021, 12 mars). An observational cohort study on the incidence of SARS-CoV-2 infection and B.1.1.7 variant infection in healthcare workers by antibody and vaccination status. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.09.21253218v1.full.pdf+html>
- McKay, S.L., Tobolowsky, F.A., Moritz, E.D., Hatfield, K.M., Bhatnagar, A., *et al.* (2021, juillet). CDC Infection prevention and control team and the CDC COVID-19 surge laboratory group. Performance evaluation of serial SARS-CoV-2 rapid antigen testing during a nursing home outbreak. *Annals of internal medicine*, 174, 945–851. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>

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

Moline H.L., Whitaker M., Deng L., *et al.* Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing Hospitalization Among Adults Aged ≥ 65 Years – COVID-NET, 13 States, February–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1088-1093. DOI: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e3.htm>

Ministry of Health Ontario (2022a, 12 janvier). *Document d'orientation provisoire sur la COVID-19 : Gestion des pénuries de personnel essentiel dans les milieux les plus à risque dans la foulée de la recrudescence liée au variant Omicron*. https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/early_return%20to%20work.pdf

Ministry of Health Ontario (2022b, 13 janvier). *COVID-19 Integrated testing & case, contact and outbreak management interim guidance: Omicron surge*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts_omicron.pdf

Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). *Interim guidelines for detecting cases of reinfection by SARS-CoV-2*. 29 oct 2020; <https://www.paho.org/en/documents/interim-guidelines-detecting-cases-reinfection-sars-cov-2>

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

Perkmann, T., Perkmann-Nagele, N., Koller, T., Mucher, P., Radakovics, A., *et al.* (2021, 1^{er} août). Serum antibody response to BNT162b2 after natural SARS-CoV-2 infection. *European Journal of Clinical Investigation*. 2021;51(11). <https://doi.org/10.1111/eci.13632>

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

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

Public Health England-United Kingdom Health Security Agency. (2022a, 14 janvier). *SARS-CoV-2 variants of concerns and variants under investigation in England – Technical briefing 34*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1050236/technical-briefing-34-14-january-2022.pdf

Public Health England (2022b, 17 janvier). *COVID-19: management of staff and exposed patients or residents in health and social care settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings>

Quach, C., Blanchard, A.C., Lamarche, J., Audy, N. et Lamarre, V. (2022, 23 janvier). Should healthcare workers with SARS-CoV-2 household exposures work? A cohort study. *MedRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2022.01.23.22269719>

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

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

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

Smith, R.L., Gibson, L.L., Martinez, P.P., Ke, R., Mirza, A. et al. (2021, 30 juin). Longitudinal assessment of diagnostic test performance over the course of acute SARS-CoV-2 infection, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 224, Issue 6, 15 September 2021, Pages 976–982, <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab337>

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

Stiefel, U., Bhullar, D., Zabarasky, T., Palmieri, N.F., Diaz, K.D., et al (2022, 9 février). Healthcare personnel frequently have positive severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 antigen tests 5 days or more after diagnosis of coronavirus disease 2019, *Infection Control & Hospital Epidemiology*, DOI: 10.1017/ice.2022.21. Prépublication

Struck, F., Schreiner, P., Staschik, E., Wochinz-Richter, K., Schulz, S., et al. *Vaccination versus infection with SARS-CoV-2: Establishment of a high avidity IgG response versus incomplete avidity maturation*. *J Med Virol*. 2021 Dec;93(12):6765-6777. Epub 2021 Aug 20. PMID: 34387884; PMCID: PMC8427118. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.27270>

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

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

Swissnoso. (2021c, 22 décembre). *Prise de position provisoire de Swissnoso sur les mesures préventives supplémentaires dans les hôpitaux de soins aigus concernant le variant Omicron du SRAS-CoV-2*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2112_22_FR_Swissnoso_interim_position_additional_measures_omicron_fin.pdf

Swissnoso. (2022d, 14 janvier). *Consensus des experts de Swissnoso pour des mesures d'accompagnement supplémentaires alignées sur la durée réduite des isolements et quarantaines dus au COVID-19*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/22011_4_SN_consensus_mesures_supplementaires_duree_reduite_des_isolements_et_quarantaines_FR.pdf

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

World Health Organization. (2020, 30 octobre). *Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19*. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>

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

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

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

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
5.0	2022-04-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision des catégories de protection ▶ Mise à jour des mesures pour les personnes symptomatiques en fonction du délai par rapport à une infection antérieure et du résultat du test ▶ Ajouts des mesures pour un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral ».
4.3	2022-04-01	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision de la catégorie « considéré protégé » et ajout d'une définition sur le calcul de la durée de l'isolement ou du retrait
4.2	2022-03-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour pour le retour précoce d'un TdeS confirmé COVID-19 lors d'accès compromis aux services
4.1	2022-02-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour partielle données sur l'efficacité vaccinale ▶ Ajout utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées ▶ Mise à jour test requis pour le retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service
4.0	2022-01-28	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision des retraits préventifs pour les contacts domiciliaires. ▶ Révision de la priorisation du retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service. ▶ Retrait des documents de référence pour la gestion des cas et contacts en communauté et de réinfection.
3.1	2022-01-06	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour partielle des données en lien avec Omicron. ▶ Ajout section Rupture de service et retour de travailleurs de la santé.
3.0	2021-12-21	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout définitions types de test. ▶ Révision des catégories de protection. ▶ Révision des recommandations selon les catégories de protection.
2.0	2021-09-14	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale. ▶ Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé. ▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

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

Stéphane Caron
Chantal Richard, secrétaire du CINQ
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

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

Jean-François Laplante
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Bianka Paquet-Bolduc
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Sara Pominville
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de l'Estrie

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray
Silvana Perna
Ministère de la Santé et des Services sociaux

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

Geneviève Anctil
Annick Boulais
Josiane Charest
Fanny Desjardins
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

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

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

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Josée Massicotte, médecin-conseil
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3141