

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

3 mai 2023 – version.2.0. Modifications apportées en jaune

Sommaire

Principales modifications	3
Méthodologie	3
Mesures spécifiques de prévention et contrôle des infections à appliquer en présence de cas suspectés ou de cas de COVID-19	4
Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou TdeS)	12
Tableau 1 : Mesures de gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)	13
Tableau 2 : Mesures de gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 pour les CHSLD	14
Principes à respecter lors de la mise en place de cohortes	15
Annexe - Gestion d'un usager avec TDAR + lors de l'admission en milieux de soins	22

Préambule

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

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

Tous ces milieux doivent viser un même objectif, soit la prévention de l'introduction du virus SRAS-CoV-2, l'identification rapide d'un usager ou d'un travailleur de la santé (TdeS) pouvant être infecté et l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections appropriées.

Puisque les mêmes recommandations s'appliquent pour la majorité des milieux de soins concernés, elles ont été regroupées dans ce document. Au besoin, des spécificités par milieu sont précisées.

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.

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

Principales modifications

- ▶ Modification des milieux de soins visés par les recommandations de ce document : retrait de certains milieux.
- ▶ Retrait des notions de source connue et source inconnue pour la prise en charge des usagers et TdeS contacts étroits et contacts élargis d'un cas unique de COVID-19.
- ▶ Modification des indications de dépistages des usagers contacts élargis et des TdeS contacts étroits et élargis lors de la gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19.

Méthodologie

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

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

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

Enfin, les mesures qui ne sont pas appuyées par la littérature scientifique ou dont l'application est divergente ou non précisée dans les recommandations des instances internationales sont discutées avec les membres du CINQ afin d'établir un consensus d'experts sur la question.

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

Instances consultées

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

Mesures spécifiques de prévention et contrôle des infections à appliquer en présence de cas suspectés ou de cas de COVID-19

<p>Prise en charge d'un usager avec symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19</p>	<p>Pour connaître les symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19, se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Faire évaluer par l'équipe traitante. ▶ Procéder à l'isolement selon la section Précautions additionnelles si COVID-19 suspectée ou cas de COVID-19.
<p>Précautions additionnelles</p>	<p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 sans IMGA ou avec IMGA à risque non documenté. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (se référer à la section Interventions médicales générant des aérosols). ▶ Se référer à SRAS-CoV-2 : Avis du CINQ sur la protection respiratoire des travailleurs de la santé dans les milieux de soins. <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager asymptomatique avec un ou des critères d'exposition dans les 10 derniers jours (se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins) ▶ Usager ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire. <p>Particularités pour usagers ayant eu un test de détection antigénique rapide (TDAR) +</p> <p>Pour les usagers ayant eu un TDAR +, se référer à l'Annexe - Gestion d'un usager avec TDAR + lors de l'admission en milieux de soins.</p>
<p>Durée des précautions additionnelles</p>	<p>1. Usagers avec maladie légère ou modérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 10 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) <p>Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.</p> <p>2. Usagers avec maladie sévère (c.-à-d. ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19 ou ayant nécessité des soins donnés habituellement dans une unité de soins intensifs) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles). <p>Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.</p>

3. Usagers avec immunosuppression

(Se référer à la définition de l'INESSS : [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#)).

Une évaluation cas par cas doit être effectuée par l'équipe traitante dans le but de déterminer le degré d'immunosuppression selon le statut clinique de l'utilisateur.

3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère

- ▶ Isolement pour 14 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* avec deux TDAR** négatifs à intervalle de 24 heures OU
- ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* sans TDAR ET
- ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET
- ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles).

3.2 Usagers avec immunosuppression sévère

(Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).

L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR** à intervalle de 24 heures, afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement. L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)*. Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 de l'utilisateur est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (ex. : Décadron et Tocilizumab) est aussi à évaluer par l'équipe traitante (Cogliati *et al.*, 2021).

Dans le contexte exceptionnel où il est médicalement impossible de déterminer le niveau d'immunosuppression, la stratégie suivante pourrait être considérée afin de cesser l'isolement :

- ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)* ET
- ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET
- ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) ET
- ▶ Deux résultats de TDAR** négatifs, sur un écouvillon nasopharyngé ou des expectorations à intervalle de 24 heures. Les résultats doivent être interprétés par une autorité compétente.

Particularités pour usagers avec suspicion de rebond de COVID-19

Lorsqu'une possibilité de rebond de COVID-19 chez l'utilisateur est suspectée par le clinicien, les précautions additionnelles doivent être réinstaurées. La durée des mesures de précautions additionnelles, en utilisant soit la date du nouveau test positif, soit la date de recrudescence des symptômes, est la même que pour un épisode initial.

* Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement de 10 jours se calcule :

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

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

<p>Équipements de protection individuelle (ÉPI)</p>	<p>S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps et de poubelles adaptées au milieu où elles se trouvent.</p> <p>Équipements de protection individuelle requis <u>sans IMGA (intervention médicale générant des aérosols) et avec IMGA à risque non documenté de transmission d'aérosols infectieux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Blouse de protection à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques. ▶ Masque médical à usage unique. Se référer à SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieu de soins. ▶ Protection oculaire à usage unique ou réutilisable (écran facial ou lunettes protectrices). Se référer à COVID-19 : Choix d'une protection oculaire ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. <p>Équipements de protection individuelle requis <u>avec IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. ▶ Appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou l'équivalent : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate. ▶ Protection oculaire à usage unique ou réutilisable (écran facial ou lunettes protectrices). Se référer à COVID-19 : Choix d'une protection oculaire ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.
<p>Retrait de l'équipement de protection individuelle</p>	<p>Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (corridor) à la chambre ou civière de l'usager au moment du retrait de l'ÉPI.</p> <p>L'ordre de retrait de l'ÉPI est tiré des méthodes de soins informatisées https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi, mais il peut être adapté selon les modalités locales.</p> <p>Une procédure pour le retrait de l'ÉPI est aussi disponible sur le site internet de l'ASSTSAS : http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf. Il peut également être adapté selon les modalités locales.</p> <p>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Pour terminer, retirer le masque puis procéder à l'hygiène des mains.

	<p>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains puis sortir de la chambre avec l'APR. ▶ Pour terminer, retirer l'APR puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. L'APR ne doit pas être retiré à l'intérieur d'une pièce où est hébergé un usager en précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. L'endroit du retrait de l'APR est déterminé localement selon l'organisation physique des lieux (ex. : présence de cohorte). <p>Le retrait de l'ÉPI doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du milieu de soins qui peuvent influencer le retrait sécuritaire de l'ÉPI afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises. Le lieu du retrait de l'ÉPI est donc déterminé localement selon la réalité de chaque unité/installation (ex. : présence de cohorte, se référer à la section Principes à respecter lors de la mise en place de cohortes).</p>
<p>Interventions médicales générant des aérosols</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent être maintenues jusqu'à ce que le temps d'attente du changement d'air post IMGA soit terminé. Si le nombre de changements d'air est inconnu, il est proposé d'appliquer une attente d'environ six heures pour entrer dans la chambre sans protection respiratoire (déterminé en considérant le nombre minimum de changements d'air du tableau des normes canadiennes pour la tuberculose) (Canadian tuberculosis standards, 2022). ▶ Pour un usager ayant eu une IMGA et dont le temps d'attente du changement d'air post IMGA est terminé ou un usager intubé en circuit fermé : appliquer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire. Cette mesure est déconseillée pour tout usager ou circonstance de soins où il y a un risque majeur de déconnexion du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale). <p>Se référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 et SRAS-CoV-2 : Avis du CINQ sur la protection respiratoire des travailleurs de la santé dans les milieux de soins.</p>
<p>Admission</p>	<p>Particularité pour l'admission d'un usager ayant eu un épisode antérieur de COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si tous les critères de levée des mesures d'isolement sont respectés : aucune précaution additionnelle requise. ▶ Si un ou des critères de levée des mesures d'isolement ne sont pas respectés : instaurer les précautions additionnelles requises jusqu'à ce que tous les critères de la durée des mesures soient atteints. <p>Pour consulter les critères de levée des mesures, voir la section <i>Durée des mesures</i>.</p> <p>Pour les usagers ayant eu un TDAR +, se référer à l'Annexe - Gestion d'un usager avec TDAR + lors de l'admission en milieux de soins.</p>

Hébergement	<p>Pour un usager ayant eu un TDAR +</p> <p>Lorsqu'il est envisagé d'héberger dans une même chambre un cas de COVID-19 confirmé par TAAN avec un usager ayant eu un TDAR +, il est requis de confirmer le résultat de l'usager qui a eu un TDAR + idéalement par un TAAN. S'il n'est pas possible de faire un TAAN, refaire un 2^e TDAR.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si le TAAN ou 2^e TDAR est positif, les deux usagers peuvent être hébergés dans une même chambre. ▶ Si le TAAN est négatif, se référer à l'annexe 1. ▶ Si le 2^e TDAR est négatif, considérer l'usager comme un cas probable jusqu'à l'évaluation par une autorité compétente. Ne pas l'héberger dans la même chambre qu'un cas confirmé par TAAN. <p>Advenant que 2 usagers ayant un 2^e TDAR + ou une confirmation par TAAN sont dans la même chambre en l'absence d'un autre agent pathogène transmissible, il est possible de conserver la blouse, le masque et la protection oculaire, si non visiblement souillés, entre les usagers hébergés dans une même chambre. Changer de gants entre chaque usager et procéder à l'hygiène des mains.</p> <p>Pour un usager en précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'usager dans une chambre individuelle avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Éviter d'héberger plus de deux cas de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers) (se référer à la section Principes à respecter lors de la mise en place de cohortes). <p>Si l'usager suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat ou si l'usager qui est un cas de COVID-19 est en chambre multiple avec des usagers qui ne sont pas des cas de COVID-19 et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur). <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si impossible, le port du masque par les usagers partageant une même chambre est fortement recommandé. ▶ Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle) pour chaque usager. <p>Pour un usager en précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'usager dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Pour tous les milieux, excluant les soins de longue durée (se référer à <i>Principes de cohorte</i> pour les soins de longue durée) : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Il est préférable de transférer dès que possible l'usager dans une chambre individuelle à pression négative. Cependant, il est acceptable de maintenir l'hébergement dans une chambre individuelle avec la porte fermée dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. ▶ Privilégier les chambres individuelles à pression négative pour les usagers qui nécessitent des IMGA en continu.
--------------------	---

<p>Prévention du déconditionnement durant l'isolement</p>	<p>Les mesures de PCI mises en place lors d'une période d'isolement ne devraient pas mener au déconditionnement de l'utilisateur. Si le risque d'un déconditionnement est identifié par les autorités compétentes de l'unité de soins, les mesures de PCI doivent être personnalisées pour l'utilisateur afin de mettre en place les interventions nécessaires pour prévenir le déconditionnement. La consultation d'une personne experte en PCI à ce niveau est primordiale dans le but de maintenir la sécurité des autres usagers et des TdeS et de limiter la transmission de l'infection :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Effectuer une évaluation du risque (bénéfices pour l'utilisateur vs risques encourus pour les autres usagers) afin de permettre des sorties de la chambre (ex. : marche au corridor avec supervision pour une période déterminée). ▶ Pour le déplacement de l'utilisateur, se référer à la section Déplacements et circulation. <p>Se référer à directives du MSSS concernant la prévention du déconditionnement : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003328/</p>
<p>Prélèvements et laboratoire</p>	<p>Se référer aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): détection (TAAN) sur spécimen clinique.</p>
<p>Déplacements et circulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter les déplacements non nécessaires de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre ou civière. Cependant, maintenir toutes les interventions visant à éviter le déconditionnement de l'utilisateur. ▶ Privilégier les procédures thérapeutiques et les activités sociales dans la chambre ou civière lorsque cela est possible. ▶ Privilégier les consultations et interventions à la chambre ou civière de l'utilisateur sauf si le matériel médical nécessaire ne peut y être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le port du masque médical est recommandé pour l'utilisateur, sauf pour les exceptions, se référer à SRAS-CoV-2 : Principes généraux en période de circulation du SRAS-CoV-2 section <i>Port du masque chez l'utilisateur</i>. ▶ L'utilisateur doit effectuer l'HDM en quittant sa chambre ou civière, ainsi qu'à son retour. ▶ Ne pas faire porter une blouse ou des gants à l'utilisateur dans le corridor. ▶ Si l'accompagnateur aide à l'installation de l'utilisateur avant le déplacement, il doit porter l'ÉPI requis selon les précautions additionnelles en place pour l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre ou civière (tel que recommandé dans la section Retrait de l'équipement de protection individuelle) puis procéder à l'HDM. ▶ Durant le transport, l'accompagnateur doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours. ▶ Lors d'un déplacement requis pour un examen : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aviser que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin de limiter le temps d'attente où l'utilisateur est susceptible d'entrer en contact avec d'autres usagers. ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'ÉPI requis pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. ▶ Appliquer dès le départ de l'utilisateur, les procédures régulières de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de la salle d'examen. ▶ Suite au passage de l'utilisateur, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement. ▶ Au retour, nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le déplacement de l'utilisateur s'il s'agit de matériel partagé et selon les modalités locales (ex. : fauteuil roulant, civière, aide à la marche, etc.)

Transfert interétablissements et entre unités	Lors du transfert d'un usager en précautions additionnelles, aviser le centre ou l'unité receveur.
Services connexes	Si un service connexe (ex. : gymnase, piscine, plateaux de réadaptation et salle de motricité) doit être utilisé, effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) afin de permettre des sorties de la chambre avec supervision pour une période déterminée. Appliquer les mesures recommandées à la section Déplacements et circulation .
Hygiène corporelle des usagers	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers (ex. : douche ou bain à la baignoire). <ul style="list-style-type: none"> ▶ Adapter au besoin le type de soins d'hygiène corporelle de l'usager selon l'évaluation de sa condition médicale. ▶ Si l'usager est conduit au bain ou à la douche partagée, s'assurer de respecter les mesures de PCI en lien avec le type de précautions additionnelles en place pour l'usager. ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement entre chaque usager pour la désinfection des équipements utilisés pour les soins corporels.
Visiteurs et personnes proches aidantes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/. ▶ L'installation doit assurer une vigie chez les visiteurs et les personnes proches aidantes afin de vérifier s'ils présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou l'un des critères d'exposition (se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins). <ul style="list-style-type: none"> ▶ Porter une attention particulière aux conjoints et aux parents qui passent plusieurs heures ou qui demeurent en tout temps dans le milieu de soins avec l'usager (ex. : parents d'un enfant dans le secteur pédiatrique, conjoint d'une femme enceinte hébergée dans un secteur mère-enfant). ▶ En cas de présence de symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ou d'un critère d'exposition, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. ▶ Informer le visiteur et la personne proche aidante sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▶ Aviser le visiteur et la personne proche aidante de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les précautions additionnelles recommandées pendant toute la durée de la visite. En cas de non-respect des mesures de PCI, la procédure locale sera appliquée pour s'assurer du respect de ces mesures. ▶ Respecter les directives ministérielles pour le port du masque dans le milieu. Des adaptations locales pourraient être apportées pour des secteurs très restreints (milieu de vie, pédiatrie, secteur mère-enfant). ▶ Avoir reçu une formation sur l'hygiène des mains, le port du masque médical, les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection individuelle requis. ▶ Restreindre ses déplacements dans le milieu de soins.
Bénévoles	Se référer aux directives ministérielles et aux procédures de l'établissement.
Stagiaires/étudiants et résidents/externes	Se référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.

<p>Hygiène et salubrité</p>	<p>Nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination des chambres et aires communes minimalement une fois par jour.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer que le protocole de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées. ▶ Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ Ajuster la fréquence des entretiens selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc. <p>Désinfection quotidienne</p> <p>Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact</p> <p>Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact</p> <p>Désinfection terminale</p> <p>Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact</p> <p>Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact</p>
<p>Équipements de soins et aides techniques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Utiliser un produit approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'utilisateur. Si l'équipement doit être sorti de la chambre, une désinfection de l'équipement doit être réalisée entre chaque usager. ▶ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'utilisateur. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).
<p>Gestion des déchets</p>	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement.</p>
<p>Buanderie-lingerie</p>	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement.</p>
<p>Vêtements du travailleur de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Laver les vêtements conformément aux instructions du fabricant. Utiliser un détergent habituel et de l'eau à la température recommandée pour le vêtement. ▶ Ceux-ci n'ont pas à être lavés séparément des autres vêtements. <p>Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.</p>
<p>Services alimentaires</p>	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).</p>

Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que le nettoyage et la désinfection de la chambre soient effectués. ▶ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul en indiquant que la dépouille est COVID-19 positive avant de la sortir de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de COVID-19 selon les modalités prévues localement ou régionalement, pour une prise en charge adéquate. ▶ Procéder aux autopsies dans une pièce à pression négative et appliquer les précautions additionnelles aérienne-contact avec protection oculaire. <p>Pour des informations complémentaires, se référer à COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires.</p>
Audits	<p>Effectuer des audits de processus. Les processus à auditer en priorité devraient être ceux sur l'hygiène des mains, le port et le retrait de l'ÉPI ainsi que les mesures en hygiène et salubrité. D'autres audits peuvent être ajoutés en fonction du milieu et de l'évaluation du risque.</p>
Communication	<p>S'assurer que toutes les informations pertinentes à l'application des mesures de PCI sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers, accompagnateurs, visiteurs et personnes proches aidantes.</p>

Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou TdeS)

Actions recommandées lors de la découverte d'un cas de COVID-19 sans précautions additionnelles	<p>La gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 implique l'identification des contacts exposés de façon significative (TdeS, usagers, proches aidants/accompagnateurs/visiteurs) à un cas de COVID-19.</p> <p>Cet objectif vise à identifier rapidement les personnes qui peuvent avoir été contaminées et à instaurer des mesures de PCI pour limiter et contrôler la transmission secondaire. Dans ce cas, la recherche des contacts est basée sur la période de contagiosité du cas, c'est-à-dire à partir de 48 heures précédant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique.</p> <p>Mesures générales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réaliser une enquête épidémiologique afin de déterminer où l'acquisition a pu avoir lieu. ▶ Faire une recherche des contacts et effectuer au besoin des dépistages, afin d'exclure une éclosion. ▶ Pour connaître les dépistages à effectuer pour les contacts ainsi que les précautions additionnelles à mettre en place, se référer au Tableau 1 : Mesures de gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD) ou au Tableau 2 : Mesures de gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 pour les CHSLD selon le milieu de soins concerné. ▶ Pour la gestion des TdeS ayant eu une exposition, se référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins.
--	---

Tableau 1 : Mesures de gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (tous les milieux de soins à l'exception des CHSLD)¹

				Autres mesures
		Dépistages	Isolement préventif/ retrait	
Usager	CONTACT ÉTROIT	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 7 jours	OUI 7 jours	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition
	CONTACT ÉLARGI	Aucun	NON ^A	
Travailleur de la santé	CONTACT ÉTROIT	Aucun	Voir document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins	Pour les indications de retrait et de suivi du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, se référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins
	CONTACT ÉLARGI	Aucun	NON	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition

^A L'isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptomatique, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.)

¹ Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins sauf les personnes immunosupprimées. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, référer à [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

Tableau 2 : Mesures de gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 pour les CHSLD²

				Autres mesures
		Dépistages	Isolement préventif/ retrait	
Usager	CONTACT ÉTROIT	Jour 0 ET Avant levée d'isolement : jour 4-5 (sauf vaccination de base incomplète ou refus de dépistage ^A jour 7)	5 jours (Sauf vaccination de base incomplète ou refus de dépistage ^A : 7 jours)	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition
	CONTACT ÉLARGI	Aucun	NON ^B	
Travailleur de la santé	CONTACT ÉTROIT	Aucun	Voir document Gestion des TdeS en milieu de soins	Pour les indications de retrait et de suivi du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, se référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins
	CONTACT ÉLARGI	Aucun	NON	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 10 jours après la dernière exposition

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

^B L'isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptomatique, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

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

Principes à respecter lors de la mise en place de cohortes

Définition d'une cohorte	<p>Il s'agit d'un regroupement dans un lieu géographique spécifique et bien délimité physiquement d'usagers présentant un statut identique au sujet d'une même infection. Idéalement une cohorte doit être prise en charge par du personnel dédié, et les équipements de soins ainsi que le matériel partagé qui y sont utilisés sont également dédiés à cette cohorte.</p>
Types de cohorte	<p>Dans le contexte de la COVID-19, plusieurs types de cohortes peuvent être instaurées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cohorte de cas de COVID-19 (héberge des usagers confirmés par TAAN ou par TDAR, voir section Hébergement pour précision). ▶ Cohorte de cas suspectés de COVID-19 (héberge des usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test pour le SRAS-CoV-2). ▶ Cohorte d'usagers asymptomatiques ayant un ou des critères d'exposition (se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins). ▶ Cohorte d'usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition (se référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins).
Mesures de PCI pour les cohortes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bien délimiter les différentes cohortes afin que les gens puissent visualiser qu'ils entrent dans une cohorte. ▶ Si plusieurs types de cohortes sont créées, idéalement chaque TdeS devrait être dédié à une seule cohorte. ▶ Privilégier l'utilisation des chambres individuelles afin de diminuer la concentration de cas (principe de densité d'usagers). ▶ Si deux cas suspectés de COVID-19 ou deux cas asymptomatiques ayant un ou des critères d'exposition sont hébergés dans la même chambre, maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers. Prévoir des équipements de soins dédiés ainsi qu'une salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle) pour chaque usager.
Équipement de protection individuelle (ÉPI)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dans une cohorte de cas suspectés de COVID-19 ou une cohorte d'usagers ayant un ou des critères d'exposition, l'ÉPI complet doit être changé entre chaque usager puisque leur statut infectieux est inconnu. ▶ Dans une cohorte, peu importe le type, le poste de garde doit être considéré comme un endroit non contaminé sauf en de rares exceptions. Avant d'y entrer, l'ÉPI complet doit être retiré et un nouveau masque médical doit être revêtu. ▶ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC) ou d'un autre agent pathogène transmissible (ex. : gastro-entérite, virus respiratoire syncytial (VRS), influenza), l'ÉPI doit être changé entre chaque usager ou selon les directives locales de l'équipe de PCI. <p>Changement d'ÉPI dans les cohortes de cas de COVID-19</p> <p>Lors de la mise en place d'une cohorte de cas de COVID-19, le corridor associé à cette cohorte devrait préférablement être considéré comme un endroit non contaminé.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si le corridor associé à la cohorte de cas de COVID-19 est considéré comme un endroit non contaminé, un changement complet de l'ÉPI à la sortie de chaque chambre est nécessaire. Il est possible de conserver la blouse, le masque et la protection oculaire, si non visiblement souillés, entre les usagers hébergés dans une même chambre. Changer de gants entre chaque usager et procéder à l'hygiène des mains. ▶ Si le corridor associé à la cohorte de cas de COVID-19 est considéré comme un endroit possiblement contaminé, un changement complet de l'ÉPI à la sortie de chaque chambre est à privilégier. Toutefois, certaines situations particulières pourraient faire en sorte qu'une autre option soit utilisée, telle que le port prolongé de certains ÉPI. Une évaluation locale de la situation doit être réalisée en collaboration avec l'équipe de PCI.

Hygiène et salubrité	<p>Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Se référer à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité. ▶ Se référer à Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) -Type de précautions : gouttelettes-contact.
Équipement de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le surplus d'équipement de soins et de matériel partagé jugé non nécessaire devrait être retiré des cohortes. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). ▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour la désinfection des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins. ▶ Prévoir l'équipement de soins et le matériel dédiés pour chaque type de cohorte.
Particularités pour les soins de longue durée	<p>Isolement à la chambre</p> <p>Cette option pourrait être envisagée lorsque peu de cas sont présents, pour les petites installations ou lorsque les transferts de chambre sont difficiles (ex. : clientèle confuse). L'ÉPI doit être changé à la sortie de chaque chambre.</p> <p>Privilégier des chambres individuelles pour diminuer la concentration d'aérosols dans la pièce.</p> <p>L'utilisateur doit rester dans sa chambre individuelle avec salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance dédiée) sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués à sa chambre. Les traitements comprennent toutes les interventions visant à éviter le déconditionnement de l'utilisateur.</p> <p>Isolement inversé avec chambres et corridors considérés possiblement contaminés</p> <p>L'utilisation de ce type d'isolement doit être une mesure d'exception. Avant son utilisation, il est à considérer, dans la mesure du possible, de relocaliser les usagers n'ayant pas la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmés, ni probables, ni suspectés).</p> <p>Cette option pourrait être envisagée si la majorité des usagers sur l'unité sont des cas de COVID-19 et qu'il est difficile pour ces usagers de suivre les consignes et de demeurer à leur chambre (ex. : unité prothétique). À envisager seulement si l'ensemble des mesures de PCI et de gestion des cas suspectés et des cas de COVID-19 sont bien comprises et respectées par le personnel sur l'unité et qu'il est impossible de cohorter les usagers.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Avant l'instauration de ce type d'isolement, effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) par l'équipe de PCI ou de la DSPublique selon les modalités locales (ex. : si usagers suspectés ou usagers qui sont des cas de COVID-19 représentent plus de risques de transmission en circulant vs usagers non atteints qui sont en mesure de demeurer à leur chambre). ▶ Considérer le corridor, les aires communes ainsi que les chambres des usagers qui sont des cas de COVID-19 comme potentiellement contaminés. ▶ Considérer les chambres des usagers non atteints comme non contaminées. Les TdeS doivent retirer leur ÉPI, effectuer l'hygiène des mains et revêtir un nouveau masque médical avant d'y entrer. ▶ Constituer des équipes dédiées distinctes pour les usagers qui sont des cas de COVID-19 et pour les usagers non atteints. ▶ Rehausser l'hygiène des mains de tous les usagers et appliquer des modalités de nettoyage et désinfection en plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces touchées par les usagers. Cibler du personnel pour effectuer ces tâches. <p>Il est à noter que les résultats découlant de ce type d'isolement ne sont pas clairement établis dans la littérature. Par contre, quelques expériences locales ont eu de bons résultats pour la gestion des éclosions chez une clientèle errante en minimisant l'utilisation de contentions chimiques et physiques.</p>

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2014, mars). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*. Agence de la santé publique du Canada, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. <http://publications.gc.ca/site/fr/9.642347/publication.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2021a, 17 décembre). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2021b, 16 juin). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2021c, 26 février 2021). *Prévention et contrôle des infections de la maladie COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins de longue durée*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/prevention-controle-covid-19-foyers-soins-longue-duree.html>

Aguinaga, L., Ursu, R., Legoff, J., Delauguerre, C., Nguyen, O., et al. (2020, 31 septembre). Prolonged positive SARS-CoV-2 RT-PCR in cancer outpatients requires specific reorganization of cancer centres. *Annals of Oncology*, 31(4). <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.08.1785>

Arons, M.M., Hatfield, K.M., Reddy, S.C., Kimball, A., James, A. et al. (2020, 28 mai). Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England Journal of Medicine*, 382, 2081-2090. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457>

Australian government department of health. (2022, 9 septembre). *COVID-19 CDNA National guidelines for public health units, version 7.3*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/coronavirus-covid-19-cdna-national-guidelines-for-public-health-units>

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. [10.1111/ajt.16251](https://doi.org/10.1111/ajt.16251)

Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. et al. (2020, 15 novembre). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*, 71(10), 2663-2666. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>

Canadian association of gastroenterology. (2020, 16 mars). COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 3(3), 147-149. [10.1093/jcag/gwaa012](https://doi.org/10.1093/jcag/gwaa012)

Canadian nosocomial infection surveillance program. (2021, 25 mars). *Surveillance for viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/InfectionSurveillanceProgram/Pages/default.aspx>

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

Centers for disease control and prevention. (2022a, 31 août). *Ending Isolation and Precautions for people with COVID-19: Interim Guidance*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Centers for disease control and prevention. (2022b, 27 mai). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19)*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

Centers for disease control and prevention. (2022c, 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>

Center for infectious disease research and policy. (2020, 9 mars). *Study highlights ease of spread of COVID-19 viruses*. <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/03/study-highlights-ease-spread-covid-19-viruses>

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

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

Chughtai, A.A., Chen, X., Macintyre, C.R. (2018, 17 juillet). Risk of self-contamination during doffing of personal protective equipment. *American Journal of Infection Control*, 46(12), 1329-1334. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.06.003>

Cogliati-Dezza, F., Olivia, F., Cancelli, F., Sayelloni, S., Valeri, S.A. *et al.* (2021, 12 février). Determinants of prolonged viral RNA shedding in hospitalized patients with SARS-CoV-2 infection. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 100(2), 115347. <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2021.115347>

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

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

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. [10.1111/imj.14859](https://doi.org/10.1111/imj.14859)

Emary, K., Golubchik, T., Aley, P., Ariani, C.V., Angus, B. *et al.* (2021, 30 mars). Efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine against SARS-CoV-2 VOC 202012/01 (B.1.1.7): an exploratory analysis of a randomised controlled trial. *The Lancet*, S0140-6736(21). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00628-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00628-0)

European centre for disease prevention and control. (2022, 28 janvier). *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>

Gouvernement du Québec. (2013, août). *Maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-271-07W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2015, décembre). *Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-271-06W.pdf>

He, X., Lau, H.Y., Wu, P., Deng, X., Wang, J. *et al.* (2020, mai). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*, 26(5), 672-675. <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2022, 8 avril). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2021, 17 mai). *COVID-19 et anosmie sévère brutale et perte de goût sans obstruction nasale*. Québec. <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/anosmie-perde-de-gout-obstruction-nasale-mise-a-jour-completee-01-04-2020.html>

Kasloff, S.B., Strong, J.E., Funk, D., Cutts, T. (2021, 13 janvier). Stability of Sars-CoV-2 on critical personal protective equipment. *Scientific report*, 984. <https://doi.org/10.1101/2020.06.11.20128884>

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

Kozloff, N., Mulsant, B.H., Stergiopoulos, V., & Voineskos, A.N. (2020, 28 avril). The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 752-757. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa051>

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

Kujawski, S.A., Wong, K.K., Collins, J.P., Epstein, L., Midgley, C.M. et al. (2020, juin). Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nature medicine*, 26(6), 861-868. [10.1038/s41591-020-0877-5](https://doi.org/10.1038/s41591-020-0877-5)

Lemieux, A.J., Damasse, J., & Morin-Major, J.K. (2020). *Gestion de la COVID-19 avec les personnes ayant un trouble mental dans les milieux fermés: Une réponse rapide*. Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. https://pinel.qc.ca/wp-content/uploads/2020/07/GestionCOVID_reponse-rapide-VF.pdf

Lombardi, A., Bozzi, G., Mangioni, D., Muscatello, A., Peri, A.M. et al. (2020, 6 mars). Duration of quarantine in hospitalized patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Journal of hospital infection* 105(3), 404-405. [10.1016/j.jhin.2020.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.003)

Lopez-Bernal, J., Andrews, N., Gower, C., Robertson, C., Stowe, J., et al. (2021, 2 mars). Early effectiveness of COVID-19 vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine and ChAdOx1 adenovirus vector vaccine on symptomatic disease, hospitalisations and mortality in older adults in England. Prépédition. <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>

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

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, 945-951. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-0422>

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

Ministère de la Santé de l'Ontario. (2022, 3 février). *COVID-19 guidance: long-term care*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/2019_guidance.aspx

Ministère des solidarités et de la santé de la République française. (2020, 12 mai). *Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_consignes_services_psychiatrie.pdf

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

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

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

Organisation mondiale de la Santé. (2021, 19 mars). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance.* [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

Organisation mondiale de la Santé. (2020, 5 juin). *Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 : Orientations provisoires.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332448/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-fre.pdf

Popescu, S.V. (2020, 15 décembre). Swiss cheese model-how infection prevention really works. *Infection Control Today*, 25(1). <https://www.infectioncontrolday.com/view/wiss-cheese-model-how-infection-prevention-really-works>

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

Romano-Bertrand, S., Aho-Glele L.S., Grandbastien, B., Gehanno, J.F., Lepelletier, D. (2020, août). Sustainability of SARS-CoV-2 in aerosols: Should we worry about airborne transmission. *Journal of Hospital Infection*, 105(4), 601-603. [10.1016/j.jhin.2020.06.018](https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.06.018)

Santé publique Ontario. (2021, 21 février). *Factors affecting COVID-19 period of communicability – What we know so far.* <https://www.publichealthontario.ca/en/diseases-and-conditions/infectious-diseases/respiratory-diseases/novel-coronavirus/what-we-know>

Sehmi, P., Cheruiyoy, I. (2020, 29 juin). Presence of live SARS-CoV-2 virus in feces of coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients: a rapid review. Prépublication. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.27.20105429v1>

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

Thompson, E.R., Williams, F.S., Giacin, P.A., Drummond, S., Brown, E., *et al.* (2021, 29 mars). Universal masking to control healthcare associated transmission of SARS-CoV-2. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 1-24. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.127>

Tomas, M.E., Kundrapu, S., Thota, P., Sunkesula, V.C.K., Cadnum, J.L. *et al.* (2015, 12 octobre). Contamination of health care personnel during removal of personal protective equipment. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 175(12), 1905-1910. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4535>

United Kingdom Health Security Agency. (2022, 1^{er} avril). *Guidance - Stepdown of infection control precautions and discharging COVID-19 patients and asymptomatic SARS-CoV-2 infected patients.* <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-guidance-for-stepdown-of-infection-control-precautions-within-hospitals-and-discharging-covid-19-patients-from-hospital-to-home-settings/guidance-for-stepdown-of-infection-control-precautions-and-discharging-covid-19-patients#immsupp>

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

Woelfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., *et al.* (2020, mai). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. *Nature*. 581(7809), 465-469. [10.1038/s41586-020-2196-x](https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x)

Wu, Y., Chen, W., Li, W., Zhao, M., Wei, Q., *et al.* (2020, 25 août). Clinical characteristics, therapeutic management, and prognostic factors of adult COVID-19 inpatients with hematological malignancies. *Leukemia and Lymphoma*, 61(14), 3440-3450. <https://doi.org/10.1080/10428194.2020.1808204>

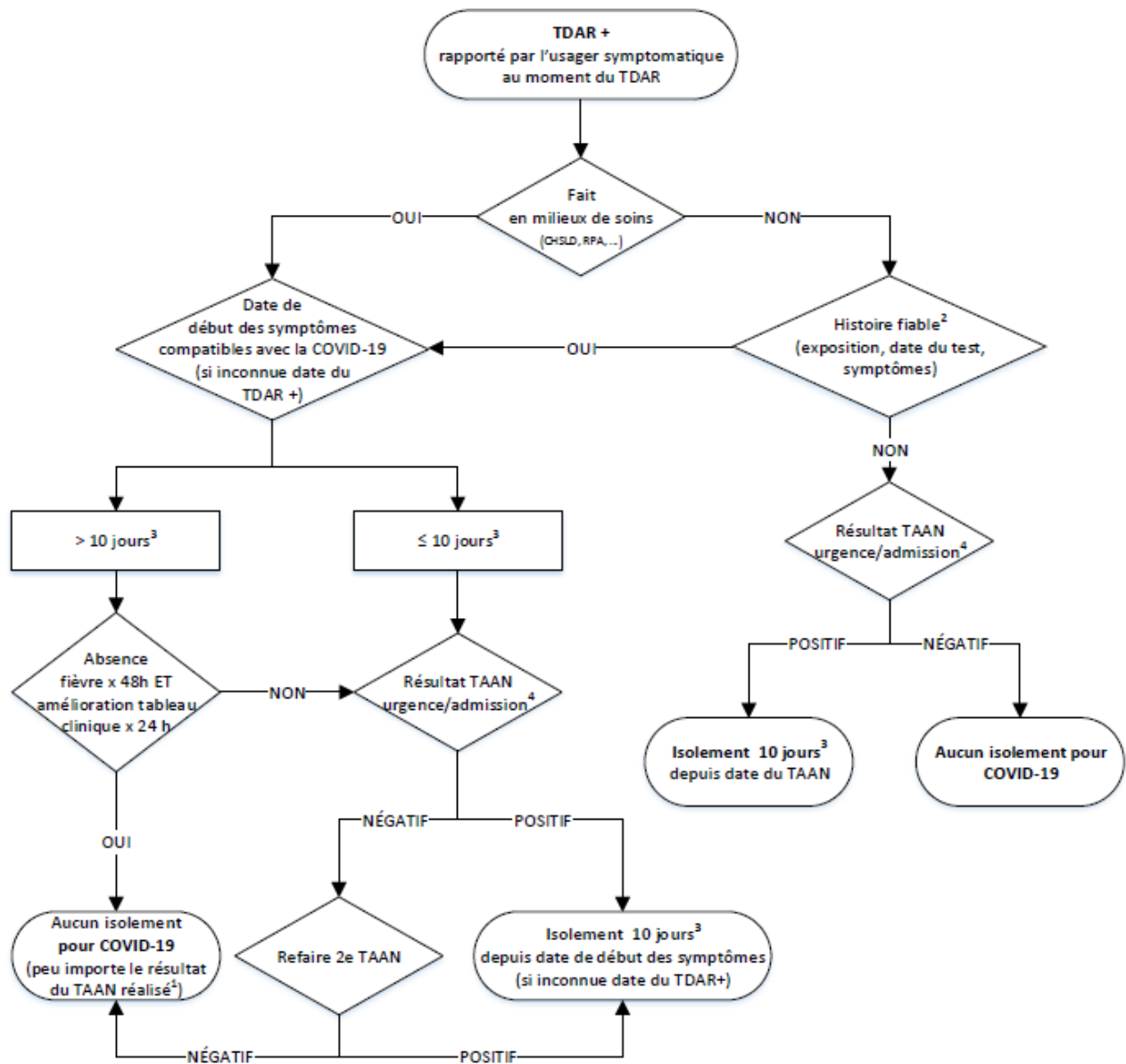
Wu, Z. et McGoogan, J.M. (2020, 7 avril). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China. Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and prevention. *Journal of the American Medical Association*, 323(13), 1239-1242.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

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

Zhang, X. S. et Duchaine, C. (2020, 28 octobre). SARS-CoV-2 and health care worker protection in low-risk settings: a review of modes of transmission and a novel airborne model involving inhalable particles. *Clinical Microbiology Review*, 34(1), 1-29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33115724/>

Annexe - Gestion d'un usager avec TDAR + lors de l'admission en milieux de soins

GESTION D'UN USAGER AVEC TDAR + lors de l'admission en milieux de soins (excluant usager en préopératoire ou IMGA¹)



¹ Pour les usagers en préopératoire ou avec IMGA: une évaluation cas par cas est nécessaire par une autorité compétente.

² L'usager doit être en mesure d'exposer clairement s'il a eu une exposition avec un cas, la date du début de ses symptômes, le type de symptômes et la date du TDAR +.

³ 14 jours si immunosupprimé et 21 jours si immunosupprimé sévère ou maladie sévère (qui a nécessité des soins intensifs).

⁴ Selon directive ministérielle de dépistage :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003365/?&index=directives-covid-19&date=DFSC& sujet=depistage&critere=sujet>

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 2.0	2023-05-03	<ul style="list-style-type: none">▶ Modification des milieux de soins visés par les recommandations de ce document.▶ Retrait des notions de source connue et source inconnue pour la prise en charge des usagers et TdeS contacts étroits et contacts élargis d'un cas unique de COVID-19.▶ Modification des indications de dépistages des usagers contacts élargis et des TdeS contacts étroits et élargis lors de la gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

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

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

Karine 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 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

Judith Degla, agente administrative
Direction des risques biologiques

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2023)

N° de publication : 3280