

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES POUR L'APPLICATION DES MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOUVEAU CORONAVIRUS (COVID-19)

NOTE : LES ÉLÉMENTS DE RÉPONSES PRÉSENTÉS CI-DESSOUS SONT BASÉS SUR L'INFORMATION DISPONIBLE AU MOMENT D'ÉCRIRE CES LIGNES. PUISQUE LA SITUATION ET LES CONNAISSANCES SUR LE VIRUS SARS-CoV-2 (COVID-19) ÉVOLUENT RAPIDEMENT, LES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS CE DOCUMENT SONT SUJETTES À MODIFICATIONS.

CONTEXTE :

- Le présent tableau est un complément des recommandations intérimaires sur l'application des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) émises par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (voir *2019-nCoV : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus*).
- Il présente les indications pour la levée des mesures de PCI en fonction des résultats d'analyse de laboratoire, mais ne concerne pas la durée d'application des mesures de PCI pour les cas confirmés.
- Il tient compte que lorsqu'un résultat négatif est émis par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), les prélèvements ne sont plus transmis au Laboratoire national de microbiologie (LNM) de Winnipeg pour validation; seuls les résultats positifs sont transmis pour confirmation.
- En plus de la recherche du virus SARS-CoV-2, une recherche des autres virus respiratoires possibles sera effectuée en parallèle (en fonction des analyses disponibles) chez ces personnes. Ces analyses pourraient être effectuées localement (agents non MRSI) selon les grappes de services ou au Laboratoire de santé publique du Québec.

Application des mesures recommandées pour les personnes faisant l'objet d'une recherche pour le virus SARS-CoV-2 (COVID-19)		
Résultats des analyses pour le COVID-19	Résultats des analyses pour les autres virus respiratoires (agents non MRSI) ¹	Recommandation pour les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) ou d'isolement
En attente du résultat (PERSONNE SOUS INVESTIGATION) Positif LSPQ (CAS PROBABLE) Positif LSPQ et LNM (CAS CONFIRMÉ)	Peu importe le résultat	En milieu hospitalier, appliquer les mesures de PCI pour le COVID-19 En dehors des milieux hospitaliers, appliquer les mesures d'isolement recommandées par la direction de santé publique
Négatif LSPQ	Positif	Cesser les mesures de PCI ou d'isolement pour le COVID-19; en milieu de soins, appliquer les mesures recommandées en fonction de l'autre virus respiratoire identifié (voir document du CINQ au https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2627_virus_respiratoires_cas_sporadiques.pdf) (les mesures de PCI pour le COVID-19 pourraient être maintenues s'il y a présence de facteurs pouvant nécessiter la réalisation d'un 2 ^e prélèvement, ex : état clinique, facteurs d'exposition, qualité du spécimen clinique)
	Négatif	Cesser les mesures de PCI ou d'isolement pour le COVID-19 (sauf si présence de facteurs pouvant nécessiter la réalisation d'un 2 ^e prélèvement, ex : état clinique, facteurs d'exposition, qualité du spécimen clinique)

LSPQ : Laboratoire de santé publique du Québec ; LNM : Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg.

¹ Peu importe où le test a été effectué : localement ou au LSPQ.

2019-nCoV : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC
Version 2.0

6 février 2020

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée 2019-Novel coronavirus (2019-nCoV).

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le 2019-nCoV et l'application des précautions additionnelles appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection par le 2019-nCoV en milieu de soins aigus. Elle est basée sur les connaissances actuelles du 2019-nCoV, virus identifié au départ dans la région de Wuhan en Chine. Ces recommandations sont issues des documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), et actualisées en fonction de celles émises par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus (2019-nCoV). Elles seront ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus. Étant donné le manque d'informations précises sur plusieurs aspects de l'infection, il apparaît actuellement justifié de recommander des mesures plus strictes par précaution. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles tout en assurant la sécurité du personnel et des usagers.

Mesures de prévention et contrôle des infections à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

INFORMATIONS SUR LE VIRUS 2019-nCoV	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau international :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et http://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c88e37cfc43b4ed3baf977d77e4a0667 ▪ MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/veille-epidemiologique.pdf ▪ Johns Hopkins : https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6
Définition de cas aux fins de surveillance	<p>Se référer à la définition publiée par le MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/</p> <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des patients, ni à être utilisées aux fins de triage des infections (ASPC, 2020).</p>
Présentation clinique	<p>Selon les données épidémiologiques actuelles des cas identifiés en Chine ou ailleurs dans le monde :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étendue du tableau clinique des personnes infectées par le 2019-nCoV peut aller de symptômes légers d'infections des voies respiratoires supérieures (IVRS) (tels que mal de gorge, absence de fièvre ou fièvre intermittente en début de maladie (CDC webinaire), jusqu'à une infection sévère des voies respiratoires inférieures avec des symptômes compatibles avec une pneumonie et même des difficultés respiratoires pouvant conduire au syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) (CDC 2020a). ▪ Après environ une semaine d'évolution de l'infection (médiane de 8 jrs, étendue de 5 à 13 jrs), un peu plus de la moitié (55 %) des personnes symptomatiques ont présenté des symptômes de détérioration clinique compatibles avec un diagnostic de pneumonie (toux et difficultés respiratoires) qui a nécessité une hospitalisation (CDC, 2020a). ▪ Selon deux études descriptives (Huang et Chen) présentant les caractéristiques cliniques des cas de pneumonies hospitalisés (n = 140 cas), dans un hôpital pour adultes spécialisé dans les maladies infectieuses de la ville de Wuhan, les symptômes présentés chez la plupart des patients lors de l'admission consistaient en : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fièvre (présente chez 83 à 98 % des cas), bien que seulement 78 % des cas présentaient une température supérieure à 38 °C (Huang et al., 2020) ▪ Toux (76 à 82 % des cas). ▪ Dyspnée (31 % des cas). ▪ Parmi les autres symptômes présentés dans des proportions variant de 2 à 11 %, on retrouvait : myalgies, confusion, céphalées, mal de gorge, rhinorrhée, douleur thoracique et diarrhée. ▪ Les signes radiologiques observés (RX-poumons ou tomodensitométrie thoracique (TDM)) consistaient en pneumonies bilatérales (75 % des cas), pneumonies unilatérales (25 % des cas) ou image d'aspect verre dépoli (14 % des cas). Quarante-vingt-dix pour cent des cas présentaient plus d'un signe et symptôme (Chen et al., 2020).

INFORMATIONS SUR LE VIRUS 2019-nCoV	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au niveau des résultats d'analyses de laboratoires, mentionnons des taux de concentration des leucocytes au-dessus des valeurs normales dans 24 % des cas ou inférieures aux valeurs normales dans 9 % des cas et une lymphopénie dans 35 % des cas. Des perturbations du bilan hépatique ont également été observées dans plus de 40 % des patients (Chen et al., 2020). ▪ Parmi tous les cas hospitalisés pour pneumonies, environ le tiers (23 à 32 %) a dû être admis à l'unité des soins intensifs afin d'y recevoir des soins d'assistance respiratoires et 4 à 10 % ont été ventilés mécaniquement. Parmi ces cas, 17 à 29 % d'entre eux ont développé un syndrome de détresse respiratoire aiguë et la proportion de décès de cas a été rapportée aussi haut que 11 à 15 % (CDC, 2020a). ▪ Selon une autre étude descriptive des cas confirmés de pneumonies au 2019-nCoV (n = 425 patients), il semble que ce sont les personnes âgées (âge médian de 59 ans) ayant des conditions médicales préexistantes, telles que le diabète, l'hypertension et une maladie cardiovasculaire qui ont le plus développé une maladie sévère (Li et al., 2020). <p>En résumé, selon les données actuelles, le tableau clinique le plus courant semble être :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infections respiratoires généralement peu sévères allant d'une IVRS jusqu'à une pneumonie. ▪ Fièvre et toux sont les symptômes les plus fréquents. La fièvre peut être absente surtout au début de la maladie. ▪ Mal de gorge. ▪ Myalgies.
Épidémiologie	Selon les données épidémiologiques actuellement disponibles, peu de cas d'infections chez les enfants semblent rapportés. Une seule étude a rapporté un cas d'infection confirmé par le 2019-nCoV chez un enfant asymptomatique, lequel présentait des signes radiologiques de pneumonie sur la tomodensitométrie (TDM) (Chan et al., 2020).
Mode de transmission	<p>L'OMS confirme une transmission interhumaine. Toutefois, le mode exact de transmission n'est pas encore bien connu. Les données épidémiologiques actuelles indiquent qu'une transmission limitée du 2019-nCoV de personne à personne peut se produire lors d'un contact avec les gouttelettes des sécrétions respiratoires d'un cas symptomatique. Puisque des particules virales se retrouvent dans les selles, une transmission fécale/orale est aussi possible (Johns Hopkins, 2020).</p> <p>À des fins d'intervention, considérant que selon les données scientifiques actuelles, les experts ne peuvent se prononcer sur l'exclusion d'une transmission par voie aérienne opportuniste (fines gouttelettes de sécrétions respiratoires infectées aérosolisées dans certaines conditions), le mode de transmission aérienne/contact a été retenu pour déterminer ce choix de précautions additionnelles recommandées dans cette fiche.</p>
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelques études indiquent que la période d'incubation moyenne est estimée autour de 5 à 6 jours, avec une période maximale estimée jusqu'à 11,3 à 12,5 jours https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.01.27.20018986v1 https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2001316?articleTools=true ▪ Par prudence, on suggère aux fins de la recherche des expositions et de la surveillance des contacts, de considérer une période de 14 jours.
Période de contagiosité	<p>La période de contagiosité n'est pas encore bien caractérisée tant avant l'apparition des symptômes qu'après leur résolution.</p> <p>Certains écrits mentionnent qu'il y a possibilité de transmission avant l'apparition des symptômes.</p> <p>Pour l'instant aucune donnée ne permet de connaître l'ampleur, la durée et l'importance de la contagiosité des personnes atteintes.</p>

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
Affichage	<p>Renforcer l'affichage aux entrées de l'établissement utilisées par les travailleurs de la santé, les usagers, dans les aires d'attente du triage et du prétriage (si en place dans l'installation), la zone adjacente à une borne électronique d'inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d'accueil ou d'inscription à l'urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM). ▪ Promouvoir l'hygiène et l'étiquette respiratoires chez les usagers présentant de la fièvre ou de la toux. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2439 ▪ Identifier la zone d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes d'une infection respiratoire. <p>Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/</p>
Hygiène des mains	<p>Rappeler aux travailleurs de la santé, aux usagers et aux visiteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'importance de l'hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438
Pratiques de base	<p>Renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers. Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygiène des mains (HDM). Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> tel que déjà mentionné. ▪ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> tel que déjà mentionné. ▪ Salubrité de l'environnement selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. <p>S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2442</p>
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installer des affiches aux entrées et aux endroits stratégiques de l'installation pour inciter les usagers de retour de voyage à s'identifier rapidement si présence de fièvre ou de symptômes respiratoires (voir section <i>affichage</i>). ▪ Inviter les usagers présentant des symptômes d'infections respiratoires à porter un masque de procédure dès leur arrivée dans l'installation. ▪ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le 2019-nCoV lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▪ Connaître le risque au regard d'un voyage dans une zone à risque ou les autres expositions à risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Outil de triage : se référer à l'outil du MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mrsi/outil-de-triage.pdf

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le 2019-nCoV	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir le port du masque de procédure pour l'utilisateur. ▪ Placer l'utilisateur et son accompagnateur (si présent) dans une pièce individuelle avec la porte fermée, idéalement une salle à pression négative si disponible. ▪ Si l'utilisateur est accompagné, évaluer si cette ou ces personnes présente(nt) des symptômes d'une infection compatible avec le 2019-nCoV. Dans l'affirmative, elle(s) doit (vent) être considérée(s) comme possiblement infectée(s) et être référée(s) pour une évaluation médicale. Elle(s) doit(vent) porter un masque de procédure. <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Référer au médecin de l'urgence en priorité pour évaluation. ▪ Appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d'une protection oculaire par toute personne qui entre dans cette pièce. <p>Étape 3 (Personne sous investigation)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer immédiatement le microbiologiste-infectiologue de garde ou le médecin responsable et l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI). ▪ Signaler l'utilisateur sous investigation pour 2019-nCoV à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement. ▪ Pour les accompagnateurs asymptomatiques, recueillir leurs coordonnées et les transmettre à la DSPublique afin qu'un suivi soit effectué au besoin.
MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Précautions additionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer systématiquement et rigoureusement les précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact, incluant le port d'une protection oculaire : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respirateur (masque) N-95. ▪ Blouse à manches longues non stériles, à usage unique et jetable (prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques, ex. : vomissement). ▪ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. ▪ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▪ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. ▪ Limiter le nombre de personnes présentes dans la salle au minimum requis pour les soins de l'utilisateur. ▪ Tenir un registre de tous les travailleurs de la santé entrant dans la chambre. ▪ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'utilisateur. ▪ Effectuer des audits de procédure et de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement) au besoin. ▪ Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles</i> disponible au https://www.inspq.gc.ca/publications/2436

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Hébergement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle. Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. Il doit être placé prioritairement dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle. ▪ Lors de la fin des mesures, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant qu'une personne puisse entrer sans équipement de protection dans la pièce. Se référer aux normes de changements d'air, disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2436 ▪ Possibilité de regroupement des cas confirmés.
Durée des mesures	<p>Selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue pour les cas confirmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les facteurs suivants doivent être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de symptômes. ▪ Date de la résolution des symptômes. ▪ Résultats de laboratoire. ▪ Présence de conditions concomitantes nécessitant de telles précautions. ▪ Concordance des symptômes avec le tableau clinique du microorganisme identifié. <p>Si un autre agent étiologique est identifié pour une personne sous investigation, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le 2019-nCoV avant d'ajuster les mesures de PCI requises. Se référer au document <i>Recommandations intérimaires pour l'application des mesures de prévention et contrôle des infections</i>.</p> <p>Le choix de procéder à un ou des tests de contrôle pour prendre la décision de mettre fin aux précautions additionnelles est laissé à la discrétion du clinicien. Les connaissances actuelles ne permettent pas de déterminer la valeur d'un test de contrôle pour déterminer la contagiosité ou non du cas.</p> <p>Aviser la Direction de santé publique de la levée des précautions additionnelles.</p>
Procédures à risque d'augmenter la transmission du 2019-nCoV	<p>Les procédures retenues pouvant être associées à un risque accru de transmission du 2019-nCoV sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intubation et extubation trachéales. ▪ Ventilation non invasive. ▪ Trachéotomie et soins de trachéotomie. ▪ Réanimation cardio-pulmonaire. ▪ Ventilation manuelle avant l'intubation. ▪ Bronchoscopie. ▪ Aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert chez un usager intubé ou trachéotomisé. ▪ Traitement de nébulisation. ▪ Induction d'expectorations. ▪ Drainage postural avec percussion (<i>clapping</i>). ▪ Ventilation en pression positive via masque facial (BiPAP, CPAP).

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Procédures à risque d'augmenter la transmission du 2019-nCoV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ventilation oscillatoire à haute fréquence. ▪ Aspiration nasopharyngée chez les enfants. ▪ Chirurgies et procédures post-mortem impliquant l'utilisation d'outil fonctionnant à haute vitesse. <p>L'écouvillonnage nasopharyngé chez l'adulte n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme procédures à risque d'augmenter la transmission du 2019-nCoV.</p> <p>Considérant que le risque de transmission est accru lors de la réalisation de certaines procédures de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter ce genre de procédures à celles qui sont absolument essentielles. ▪ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux travailleurs de la santé expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. ▪ Effectuer la procédure dans une chambre à pression négative. ▪ Porter une blouse imperméable à usage unique, jetable et à manches longues. ▪ Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant d'admettre un autre usager dans la pièce.
Prélèvements et laboratoire	<p>Prélever les échantillons recommandés par le LSPQ et les transmettre selon les modalités prescrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se référer au guide du LSPQ : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/mers-cov-coronavirus-du-syndrome-respiratoire-du-moyen-orient ▪ Communiquer avec le LSPQ avant l'envoi des spécimens. <p>Pour la manipulation des spécimens, se référer aux procédures générales locales du laboratoire de l'installation. À titre informatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décontaminer l'extérieur des tubes de prélèvements avec le désinfectant habituellement utilisé. ▪ Identifier les tubes. ▪ Placer les tubes dans un sac pour spécimen biohazard. ▪ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire 2019-nCoV suspecté. ▪ Transporter les tubes directement au laboratoire par une personne. NE PAS utiliser de systèmes pneumatiques pour le transport. ▪ Avisez le laboratoire de l'envoi. ▪ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination. ▪ Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le LSPQ. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Transport de l'usager	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter les déplacements de l'usager à l'extérieur de la chambre. ▪ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'usager lorsque cela est possible. Privilégier l'équipement de diagnostic portatif. Ex. : rayons X au lit, bronchoscopie, etc. ▪ Les consultants doivent venir rencontrer l'usager à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'usager doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen, le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. ▪ Mettre un drap sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Demander à l'usager d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▪ Aviser le service receveur que l'usager requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▪ Si le brancardier aide à l'installation de l'usager avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis (blouse, gants, respirateur N-95 et protection oculaire) et l'enlever à la sortie de la chambre puis procéder à l'HDM. Remettre un nouvel ÉPI s'il doit s'occuper de l'usager pendant le transport (soins directs) et conserver le respirateur N-95 si l'usager ne peut pas porter un masque de procédure. Retirer l'ÉPI dès que l'activité est terminée et procéder à l'HDM. Il peut être décidé localement de recommander le port d'ÉPI par le brancardier en tout temps lors du transport afin de simplifier ou d'harmoniser l'application de ces mesures par l'ensemble des travailleurs de la santé. ▪ S'assurer que les travailleurs de la santé du service receveur portent l'équipement de protection requis (respirateur N-95, blouse, gants, protection oculaire) pendant toute la durée de la présence de l'usager. ▪ Suite au départ de l'usager, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant de pouvoir admettre à nouveau un autre usager dans la pièce. ▪ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. ▪ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des travailleurs de la santé lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé).
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter le nombre de visiteurs à ceux requis pour des raisons humanitaires. Les visiteurs doivent quitter la chambre lorsque des procédures à risque d'augmenter la transmission du 2019-nCoV sont effectuées. ▪ Procéder au triage des membres de la famille et visiteurs. S'assurer que les visiteurs ayant pu être en contact avec l'usager dans le passé ne présentent pas de symptômes compatibles avec 2019-nCoV. Si ceux-ci présentent des symptômes, ils doivent être considérés comme possiblement infectés et doivent être référés pour évaluation médicale. ▪ Informer les visiteurs sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▪ Aviser les visiteurs de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager. ▪ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact, incluant le port d'une protection oculaire. Insister particulièrement sur l'HDM et sur le port du respirateur N-95 (fit-test non requis). ▪ Limiter leur déplacement dans le milieu de soins. ▪ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> Suspendre les services offerts pour cet usager.
Stagiaires et étudiants	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas admettre d'étudiants ou de stagiaires dans la chambre de l'usager.
Hygiène et salubrité	<p>Il est important de :</p> <ul style="list-style-type: none"> Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre (ou zone de soins) de l'usager pour l'entretien quotidien. Nettoyer et désinfecter : <ul style="list-style-type: none"> Au moins une fois par jour. Selon les procédures de l'établissement. Avec 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 (produit habituel ou solution chlorée). Porter une attention aux surfaces fréquemment touchées, qui doivent être nettoyées plus souvent. <p>À la cessation des précautions additionnelles ou au départ d'un usager symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant de procéder à la désinfection; l'ÉPI n'est plus requis après ce temps. Procéder au nettoyage et à la désinfection complets (surfaces <i>high touch</i> et <i>low touch</i>) de la salle de toilette et de la chambre. Changer les rideaux séparateurs. Jeter le matériel ne pouvant être désinfecté se trouvant dans la chambre et la salle de toilette de l'usager (y compris le papier de toilette). Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). Aucune particularité pour le 2019-nCoV.
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. Ne pas partager l'équipement de soins.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). Aucune particularité pour le 2019-nCoV.
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).
Manipulation des dépouilles	<ul style="list-style-type: none"> Appliquer les pratiques de base et les mesures de précaution additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit recouverte d'un drap ou jusqu'à ce qu'elle soit disposée dans un linceul. Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection requis. Appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles vers des établissements de services mortuaires.
Formation	<p>Les travailleurs de la santé affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'identification d'un cas suspecté. Les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection personnelle requis.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées) etc.)
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.

DÉFINITIONS ET GESTION DES CONTACTS	
Contacts étroits	<p>Personne qui a été en contact, sans protection appropriée, avec un cas confirmé ou un cas probable présentant des symptômes et qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A donné des soins à ce cas, en tant que travailleur de la santé, proche aidant, ou s'est trouvée dans une situation similaire de contact physique étroit <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A été en contact direct avec les liquides biologiques de ce cas <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A séjourné au même endroit que ce cas, soit en vivant sous le même toit, soit en ayant reçu des soins dans la même pièce à moins de deux mètres.
Prise en charge des contacts étroits hospitalisés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance quotidienne des symptômes respiratoires et de la fièvre pendant les 14 jours suivant le dernier contact étroit avec le cas symptomatique. ▪ Des précautions contre la transmission par gouttelettes/contact doivent être mises en place auprès de ces usagers. ▪ Les déplacements de l'usager hors de sa chambre devraient être limités à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. ▪ Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre. ▪ Le contact étroit hospitalisé et ses visiteurs doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ▪ Si un contact étroit hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, la DSPublique doit en être informée. Elle pourra ainsi s'assurer que la surveillance des symptômes se poursuivra (surveillance active quotidienne) et que les mesures de prévention de l'infection seront appliquées où demeurera l'usager.
Prise en charge des contacts étroits chez les travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le travailleur de la santé qui répond à la définition de <i>contact étroit</i> doit être exclu du travail pendant la période de surveillance puisque l'on ne sait pas jusqu'à maintenant si la personne asymptomatique peut excréter du virus. ▪ En période de pénurie de personnel, le travailleur de la santé asymptomatique pourra travailler s'il porte un masque chirurgical ou un masque de procédure en tout temps lorsqu'il se trouve en milieu de soins pendant la période de surveillance. Les mesures d'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire doivent être respectées rigoureusement pendant cette période. ▪ Le travailleur de la santé qui répond à la définition de <i>contact étroit</i> doit surveiller l'apparition de symptômes de la maladie pendant 14 jours. La surveillance active quotidienne sera effectuée par le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement ou selon les modalités régionales existantes. ▪ Si le travailleur développe un ou plusieurs symptômes compatibles, il doit communiquer avec le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement pour qu'une évaluation médicale soit planifiée en collaboration avec la DSPublique. Un corridor de service doit être organisé et le travailleur doit être avisé des mesures à prendre pour éviter les expositions. Il doit être pris en charge comme une personne sous investigation. ▪ Si un travailleur de la santé qui a été en contact avec un cas confirmé ou un cas probable développe des symptômes compatibles avec le 2019-nCoV à l'intérieur d'une période de 14 jours suivant le dernier contact, il doit communiquer avec le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement pour qu'une évaluation médicale soit planifiée en collaboration avec la DSPublique, même s'il portait l'ÉPI requis.

Références

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim guidance for healthcare professionals*. Version 2020-02-02. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infection*. Version 30-01-2020. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

Chan, J. F-W., Yuan, S., Kok, K-H., To, K. K-W., Chu, H. et al. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*, 2020-01-24. Repéré au [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9)

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F. et al. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 2020-01-30. Repéré au [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)

Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-01-31. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-02-04. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>

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

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

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J. et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 2020-01-24. Repéré au [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

Johns Hopkins center for health security (2020). *Fecal-oral transmission. Daily updates on the emerging novel coronavirus from the Johns Hopkins Center for Health Security, revue du 2020-02-02*. Pour s'inscrire : <http://www.centerforhealthsecurity.org/newsroom/newsletters/e-newsletter-sign-up.html>

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L. et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *The New England journal of medicine*, 2020-01-29. Repéré au <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2001316?articleTools=true>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-01-25. Repéré au [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)

2019-nCoV : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Suzanne Leroux
Josée Massicotte
Jasmin Villeneuve,
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Leroux, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, Institut national de santé publique du Québec

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.

Dépôt légal – X trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-XXXX (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication :

COVID-19 : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC
Version 3.0

26 février 2020

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée **SARS-CoV-2 (COVID-19)**.

En date du 11 février 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait que l'appellation SARS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) sera dorénavant utilisée pour désigner le nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease 2019*) désignera l'infection causée par ce virus.

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 et l'application des précautions additionnelles appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection COVID-19 en milieu de soins aigus. Elle est basée sur les connaissances actuelles du COVID-19, infection identifiée au départ dans la région de Wuhan en Chine. Ces recommandations sont issues des documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), et actualisées en fonction de celles émises par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus. Elles seront ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus. Étant donné l'évolution des informations sur plusieurs aspects du COVID-19, il apparaît justifié à ce moment-ci de moduler les recommandations émises antérieurement. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à assurer la sécurité du personnel et des usagers en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

Il est à noter que ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur le COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

Mesures de prévention et contrôle des infections à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

INFORMATIONS SUR LE VIRUS SARS-CoV-2	
Voir la fiche sur les caractéristiques du virus pour plus d'informations	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau international :</p> <ul style="list-style-type: none"> OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et http://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c88e37cfc43b4ed3baf977d77e4a0667 MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/veille-epidemiologique.pdf Johns Hopkins : https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6
Mode de transmission	<p>Les données scientifiques et épidémiologiques actuelles appuient le fait que la transmission du SARS-CoV-2 semble se faire surtout via les gouttelettes et par contact. Toutefois, les avis des experts semblent diverger sur la contribution possible d'une transmission par voie aérienne opportuniste (par de fines gouttelettes de sécrétions respiratoires aérosolisées dans certaines conditions spécifiques). Cette possibilité de transmission aérienne a donc été prise en compte, puisqu'elle peut avoir un impact important en milieu de soins.</p>
Définition de cas aux fins de surveillance	<p>Se référer à la définition publiée par l'ASPC disponible au https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html</p> <p>Et à la définition publiée par le MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/</p> <p>Ainsi qu'à la liste des pays faisant l'objet d'une surveillance accrue disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/liste-des-pays-mrsi.pdf</p> <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des patients (ASPC, 2020).</p>
MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
Affichage	<p>Renforcer l'affichage aux entrées de l'établissement utilisées par les travailleurs de la santé, les usagers, dans les aires d'attente du triage et du prétriage (si en place dans l'installation), la zone adjacente à une borne électronique d'inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d'accueil ou d'inscription à l'urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'hygiène des mains (HDM). Promouvoir l'hygiène et l'étiquette respiratoires chez les usagers présentant de la fièvre ou de la toux. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2439 Identifier la zone d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes d'une infection respiratoire. <p>Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/</p>

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
Pratiques de base	<p>Renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers. Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les travailleurs de la santé, les usagers et les visiteurs. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438 ▪ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> tel que déjà mentionné. ▪ Salubrité de l'environnement selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada.
Pratiques de base	<p>S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2442</p>
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installer des affiches aux entrées et aux endroits stratégiques de l'installation pour inciter les usagers de retour de voyage à s'identifier rapidement si présence de fièvre ou de symptômes respiratoires (voir section <i>affichage</i>). ▪ Inviter les usagers présentant des symptômes d'infections respiratoires à porter un masque de procédure dès leur arrivée dans l'installation. ▪ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▪ Connaître le risque au regard d'un voyage dans une zone à risque ou les autres expositions à risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se référer à l'outil de triage du MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mrsi/outil-de-triage.pdf
Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir le port du masque de procédure pour l'utilisateur. ▪ Placer l'utilisateur et son accompagnateur (si présent) dans une salle à pression négative ou, si non disponible, dans une pièce individuelle avec la porte fermée. ▪ Si l'utilisateur est accompagné, évaluer si cette ou ces personnes présente(nt) des symptômes d'une infection compatible avec le COVID-19. Dans l'affirmative, elle(s) doit(vent) être considérée(s) comme possiblement infectée(s) et être référée(s) pour une évaluation médicale. Elle(s) doit(vent) porter un masque de procédure. <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Référer au médecin de l'urgence en priorité pour évaluation. ▪ Appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d'une protection oculaire par toute personne qui entre dans cette pièce.

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2	<p>Étape 3 (Personne sous investigation)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer immédiatement le microbiologiste-infectiologue de garde ou le médecin responsable et l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI). ▪ Signaler l'usager sous investigation pour COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement. ▪ Pour les accompagnateurs asymptomatiques, recueillir leurs coordonnées et les transmettre à la DSPublique afin qu'un suivi soit effectué au besoin. <p>Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire (après entente avec la DSPublique).</p>
MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Protection respiratoire : évaluation et gestion du risque	<p>Le niveau de protection respiratoire à appliquer lors des soins à un cas de COVID-19 fait l'objet de nombreuses discussions, autant au Québec qu'au Canada et ailleurs dans le monde. Les données probantes sur lesquelles s'appuyer demeurent pour le moment peu nombreuses et il existe certaines divergences dans les informations disponibles, selon les sources consultées. Dans ce contexte, il devient essentiel de procéder à une évaluation du risque permettant de considérer les différents aspects de la situation, afin d'émettre des recommandations précises.</p> <p>Les membres du Comité sur les infections nosocomiales du Québec ont ainsi pris en compte les nombreux éléments disponibles au moment d'écrire ces lignes. Un avis portant sur l'évaluation et la gestion du risque pour la protection respiratoire face au COVID-19, en tenant compte des données disponibles et des contraintes, a été émis en complément de ce document. Il peut être consulté sur le site Web de l'INSPQ.</p>
Précautions additionnelles	<p>Considérant que les avis d'experts ne peuvent se prononcer sur le niveau de transmission possible par voie aérienne ou aérienne opportuniste, le Cinq recommande d'appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact, incluant le port d'une protection oculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respirateur (masque) N-95. ▪ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▪ Blouse à manches longues non stériles, à usage unique et jetable (prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques, ex. : vomissement). ▪ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. ▪ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. ▪ Restreindre au strict minimum le nombre de personnes présents requis pour les soins de l'usager dans la chambre. ▪ Constituer des équipes dédiées aux soins des personnes avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de travailleurs de la santé pouvant être exposés. ▪ Tenir un registre de tous les travailleurs de la santé entrant dans la chambre. ▪ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager. ▪ Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement) au besoin. ▪ Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2436

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Retrait de l'équipement de protection personnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est important d'éviter de contaminer les zones (ex. : sas ou corridor) en dehors et adjacentes à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'équipement de protection personnelle. ▪ Ainsi, les gants, la blouse et la protection oculaire doivent être retirés dans la chambre juste avant de sortir. ▪ Procéder à l'hygiène des mains dès la sortie de la chambre, puis retirer l'appareil de protection respiratoire à l'extérieur de la chambre. Procéder de nouveau à l'hygiène des mains. ▪ Le retrait de l'équipement doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du milieu de soins qui peuvent influencer sur le retrait sécuritaire de l'équipement afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises. ▪ Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la page du CDC sur les recommandations intérimaires pour la prévention et le contrôle des personnes confirmées ou sous investigation pour le COVID-19 au : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/infection-control.html
Hébergement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. Il doit être placé prioritairement dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle. ▪ Lors de la fin des mesures, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant qu'une personne puisse entrer sans équipement de protection dans la pièce. Se référer aux normes de changements d'air, disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2436 ▪ Possibilité de regroupement des cas confirmés.
Durée des mesures	<p>Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Période d'au moins 7 jours après le début de la maladie aiguë. ▪ Absence de fièvre depuis 48 heures. ▪ Absence de symptômes aigus depuis 24 heures. ▪ Date de la résolution des symptômes. ▪ Résultats de laboratoire. ▪ Présence de conditions concomitantes nécessitant de telles précautions. ▪ Concordance des symptômes avec le tableau clinique du microorganisme identifié. ▪ Les connaissances actuelles ne permettent pas de déterminer la valeur d'un test de contrôle pour déterminer la contagiosité ou non du cas. <p>Si un autre agent étiologique est identifié pour une personne sous investigation, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le SARS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises. Se référer au document <i>Recommandations intérimaires pour l'application des mesures de prévention et contrôle des infections</i>.</p> <p>Aviser la Direction de santé publique de la levée des précautions additionnelles.</p>

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	<p>Les IMGA retenues sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intubation et extubation trachéales. ▪ Ventilation non invasive. ▪ Trachéotomie et soins de trachéotomie. ▪ Réanimation cardio-pulmonaire. ▪ Ventilation manuelle avant l'intubation. ▪ Bronchoscopie. ▪ Aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert chez un usager intubé ou trachéotomisé. ▪ Induction d'expectorations. ▪ Aspiration nasopharyngée chez les enfants. ▪ Ventilation en pression positive via masque facial (BiPAP, CPAP). ▪ Autopsie. <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de ces interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▪ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▪ Effectuer la procédure dans une chambre à pression négative. ▪ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux travailleurs de la santé expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. ▪ En plus de l'équipement de protection personnelle recommandé, porter une blouse imperméable à usage unique, jetable et à manches longues. <p>Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant d'admettre un autre usager dans la pièce.</p> <p>Certaines procédures (comme traitement de nébulisation, drainage postural avec percussion (<i>clapping</i>) et ventilation oscillatoire à haute fréquence) n'ont pas été retenues par les membres du CINQ parce qu'il manque de données probantes permettant de prouver qu'elles génèrent des aérosols.</p> <p>L'écouvillonnage nasopharyngé chez l'adulte n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme procédures à risque d'augmenter la transmission du SARS-CoV-2.</p>
Prélèvements et laboratoire	<p>Prélever les échantillons recommandés par le LSPQ et les transmettre selon les modalités prescrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les informations concernant les analyses de laboratoire sont les mêmes que celles associées au MERS-CoV et sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/mers-cov-coronavirus-du-syndrome-respiratoire-du-moyen-orient ▪ Communiquer avec le LSPQ avant l'envoi des spécimens.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Manipulations des prélèvements	<p>Pour la manipulation des spécimens, se référer aux procédures générales locales du laboratoire de l'installation. À titre informatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décontaminer l'extérieur des tubes de prélèvements avec le désinfectant habituellement utilisé. ▪ Identifier les tubes. ▪ Placer les tubes dans un sac pour spécimen biohazard. ▪ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté. ▪ Transporter les tubes directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser de systèmes pneumatiques pour le transport. ▪ Avisez le laboratoire de l'envoi. ▪ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination. ▪ Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le LSPQ. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Transport de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▪ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'utilisateur lorsque cela est possible. Privilégier l'équipement de diagnostic portatif. Ex. : rayons X au lit, bronchoscopie, etc. ▪ Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisateur doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen, le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. ▪ Mettre un drap sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Demander à l'utilisateur d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▪ Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▪ Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis (blouse, gants, respirateur N-95 et protection oculaire) et l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'ÉPI</i>) puis procéder à l'HDM. Remettre un nouvel ÉPI s'il doit s'occuper de l'utilisateur pendant le transport (soins directs) et conserver le respirateur N-95 si l'utilisateur ne peut pas porter un masque de procédure. Retirer l'ÉPI dès que l'activité est terminée et procéder à l'HDM. Il peut être décidé localement de recommander le port d'ÉPI par le brancardier en tout temps lors du transport afin de simplifier ou d'harmoniser l'application de ces mesures par l'ensemble des travailleurs de la santé. ▪ S'assurer que les travailleurs de la santé du service receveur portent l'équipement de protection requis (respirateur N-95, blouse, gants, protection oculaire) pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▪ Suite au départ de l'utilisateur, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant de pouvoir admettre à nouveau un autre usager dans la pièce. ▪ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'utilisateur et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'utilisateur.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Transport de l'usager	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des travailleurs de la santé lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé).
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restreindre le nombre de visiteurs à ceux requis pour des raisons humanitaires seulement. Les visiteurs doivent quitter la chambre lorsque des interventions médicales générant des aérosols sont effectuées. ▪ Procéder au triage des membres de la famille et visiteurs. Éviter autant que possible d'exposer une personne qui n'a pas déjà été exposée. ▪ S'assurer que les visiteurs ayant pu être en contact avec l'usager peuvent se déplacer pendant leur période de surveillance (isolement à domicile ou non selon les mesures qui leur ont été recommandées) et ne présentent pas de symptômes compatibles avec COVID-19. Si ceux-ci présentent des symptômes, ils doivent être considérés comme possiblement infectés et doivent être référés pour évaluation médicale. ▪ Informer les visiteurs sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▪ Aviser les visiteurs de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager. ▪ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles recommandées. Insister particulièrement sur l'HDM et sur le port du respirateur N-95 (fit-test non requis). ▪ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▪ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
Bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ suspendre les services offerts pour cet usager.
Stagiaires et étudiants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas admettre d'étudiants ou de stagiaires dans la chambre de l'usager.
Hygiène et salubrité	<p>Il est important de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre (ou zone de soins) de l'usager pour l'entretien quotidien. ▪ Nettoyer et désinfecter : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au moins une fois par jour. ▪ Selon les procédures de l'établissement. ▪ Avec 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 (produit habituel ou solution chlorée). ▪ Porter une attention aux surfaces fréquemment touchées, qui doivent être nettoyées plus souvent. <p>À la cessation des précautions additionnelles ou au départ d'un usager symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant de procéder à la désinfection; l'ÉPI n'est plus requis après ce temps. ▪ Procéder au nettoyage et à la désinfection complets (surfaces <i>high touch</i> et <i>low touch</i>) de la salle de toilette et de la chambre. ▪ Changer les rideaux séparateurs. ▪ Jeter le matériel ne pouvant être désinfecté se trouvant dans la chambre et la salle de toilette de l'usager (y compris le papier de toilette). Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). Aucune particularité pour COVID-19.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. ▪ Ne pas partager l'équipement de soins.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). Aucune particularité pour COVID-19.
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précaution additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit recouverte d'un drap ou jusqu'à ce qu'elle soit disposée dans un linceul. ▪ Désinfecter l'extérieur du linceul avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▪ Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection requis. ▪ Aviser la DSPublique avant de remettre les dépouilles à une entreprise funéraire, afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate. ▪ Procéder aux autopsies dans une pièce à pression négative et appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact.
Formation	<p>Les travailleurs de la santé affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'identification d'un cas suspecté. ▪ Les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection personnelle requis.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées) etc.)
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.

DÉFINITIONS ET GESTION DES CONTACTS	
Contacts (exposition potentielle)	<p>Personne qui correspond à l'une ou l'autre des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailleur de la santé ayant fourni des soins à une personne ayant une infection confirmée sans avoir porté les ÉPI recommandés. ▪ Personne ayant eu un contact direct avec les liquides biologiques infectieux (ex. : avoir reçu expectorations lors de toux, éternuement). ▪ Toute personne qui correspond aux expositions à risque élevé ou modéré décrites dans la fiche COVID-19 (SARS-CoV-2) : <i>Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention et contrôle des infections à appliquer en présence d'une personne sous investigation, d'un cas probable ou confirmé ou d'un contact dans la communauté.</i> <p>L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition et le milieu où l'exposition s'est produite.</p>
Prise en charge des contacts étroits hospitalisés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance quotidienne des symptômes respiratoires et de la fièvre pendant les 14 jours suivant le dernier contact étroit avec le cas symptomatique. ▪ Des précautions contre la transmission par gouttelettes/contact doivent être mises en place auprès de ces usagers. ▪ Les déplacements de l'usager hors de sa chambre devraient être limités à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. ▪ Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre. ▪ Le contact étroit hospitalisé et ses visiteurs doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ▪ Si un contact étroit hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, la DSPublique doit en être informée. Elle pourra ainsi s'assurer que la surveillance des symptômes se poursuivra (surveillance active quotidienne) et que les mesures de prévention de l'infection seront appliquées où demeurera l'usager.
Prise en charge des contacts étroits chez les travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le travailleur de la santé qui répond à la définition de <i>contact étroit</i> doit être exclu du travail pendant la période de surveillance. ▪ En période de pénurie de personnel, le travailleur de la santé asymptomatique pourra travailler s'il porte un masque chirurgical ou un masque de procédure en tout temps lorsqu'il se trouve en milieu de soins pendant la période de surveillance. Les mesures d'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire doivent être respectées rigoureusement pendant cette période. ▪ Le travailleur de la santé qui répond à la définition de <i>contact étroit</i> doit surveiller l'apparition de symptômes de la maladie pendant 14 jours. La surveillance active quotidienne sera effectuée par le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement ou selon les modalités régionales existantes. ▪ Si le travailleur développe un ou plusieurs symptômes compatibles, il doit communiquer avec le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement pour qu'une évaluation médicale soit planifiée en collaboration avec la DSPublique. Un corridor de service doit être organisé et le travailleur doit être avisé des mesures à prendre pour éviter les expositions. Il doit être pris en charge comme une personne sous investigation. ▪ Si un travailleur de la santé qui a été en contact avec un cas confirmé ou un cas probable développe des symptômes compatibles avec COVID-19 à l'intérieur d'une période de 14 jours suivant le dernier contact, il doit communiquer avec le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement pour qu'une évaluation médicale soit planifiée en collaboration avec la DSPublique, même s'il portait l'ÉPI requis.

Références

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim guidance for healthcare professionals*. Version 2020-02-02. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infection*. Version 2020-02-12. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-01-31. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-02-04. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>

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

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

Johns Hopkins center for health security (2020). Fecal-oral transmission. *Daily updates on the emerging novel coronavirus from the Johns Hopkins Center for Health Security, revue du 2020-02-02*. Pour s'inscrire : <http://www.centerforhealthsecurity.org/newsroom/newsletters/e-newsletter-sign-up.html>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-01-25. Repéré au [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)

COVID-19 : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Suzanne Leroux
Josée Massicotte
Jasmin Villeneuve
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Leroux, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, Institut national de santé publique du Québec

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.

Dépôt légal – X trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-XXXX (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication :

COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : Recommandations intérimaires

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC
Version 4.0

12 mars 2020

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SARS-CoV-2 (COVID-19).

En date du 11 février 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait que l'appellation SARS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) sera dorénavant utilisée pour désigner le nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease 2019*) désignera l'infection causée par ce virus.

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 et l'application des précautions additionnelles appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection COVID-19 en milieu de soins aigus. Elle est basée sur les connaissances actuelles du COVID-19, infection identifiée au départ dans la région de Wuhan en Chine. Ces recommandations sont issues des documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), et actualisées en fonction de celles émises par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus. Étant donné l'évolution des informations sur plusieurs aspects du COVID-19, il apparaît justifié à ce moment-ci de moduler les recommandations émises antérieurement. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à assurer la sécurité du personnel et des usagers en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

Il est à noter que ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur le COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

Préparation à la réception d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

INFORMATIONS SUR LE VIRUS SARS-CoV-2	
Voir la fiche sur les caractéristiques du virus pour plus d'informations	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau international :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et http://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c88e37cfc43b4ed3baf977d77e4a0667 ▪ MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/veille-epidemiologique.pdf ▪ Johns Hopkins : https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6
Mode de transmission	<p>Les données scientifiques et épidémiologiques actuelles indiquent que le mode de transmission du SARS-CoV-2 semble se faire de façon prédominante via les gouttelettes lors d'un contact étroit prolongé ou par contact direct avec les gouttelettes des sécrétions respiratoires lors de toux ou d'éternuements de la personne malade.</p> <p>De plus en plus de données épidémiologiques maintenant disponibles sur les cas répertoriés à travers le monde démontrent que la grande majorité des cas ont été liés à une transmission de personne à personne lors d'un contact étroit sans protection avec une personne présentant des symptômes respiratoires (WHO 2020).</p> <p>La transmission semble se faire via le contact direct avec les muqueuses des voies respiratoires supérieures et des conjonctives. La proportion de transmission par contact indirect via les surfaces n'est pas bien connue.</p> <p>Toutefois, la transmission par voie aérienne opportuniste (fines gouttelettes de sécrétions respiratoires infectées aérosolisées lors des interventions médicales générant des aérosols) n'est pas encore bien définie et selon les données scientifiques actuelles, les experts ne peuvent se prononcer sur l'exclusion d'une transmission par cette voie. La contribution possible d'une transmission par voie aérienne dans certaines conditions doit donc être prise en compte notamment afin de limiter la transmission en présence de cas admis dans les milieux de soins.</p> <p>Puisque des particules virales se retrouvent dans les selles, une transmission fécale-orale est aussi possible (Johns Hopkins, 2020).</p>
Définition de cas aux fins de surveillance	<p>Se référer à la définition publiée par l'ASPC disponible au https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html</p> <p>Et à la définition publiée par le MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/</p> <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des patients (ASPC, 2020).</p>

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
Affichage	<p>Renforcer l’affichage aux entrées de l’établissement utilisées par les travailleurs de la santé, les usagers, dans les aires d’attente du triage et du prétriage (si en place dans l’installation), la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▪ Promouvoir l’hygiène et l’étiquette respiratoires chez les usagers présentant de la fièvre ou de la toux. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2439 ▪ Identifier la zone d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes d’une infection respiratoire. ▪ Limiter les visites non essentielles. <p>Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/</p>
Pratiques de base	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers. Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L’hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les travailleurs de la santé, les usagers et les visiteurs. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438 ▪ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> tel que déjà mentionné. ▪ Salubrité de l’environnement selon les procédures de l’établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada.
Pratiques de base	<p>S’assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2442</p>
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installer des affiches aux entrées et aux endroits stratégiques de l’installation pour inciter les usagers de retour de voyage à s’identifier rapidement si présence de fièvre ou de symptômes respiratoires (voir section <i>affichage</i>). ▪ Inviter les usagers présentant des symptômes d’infections respiratoires à porter un masque de procédure dès leur arrivée dans l’installation. ▪ S’assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l’identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▪ Connaître le risque au regard d’un voyage dans une zone à risque ou les autres expositions à risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se référer à l’outil de triage du MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mrsi/outil-de-triage.pdf

Prise en charge d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS

Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :

Étape 1

- Maintenir le port du masque de procédure pour l'usager.
- Placer l'usager et son accompagnateur (si présent) dans une pièce individuelle avec la porte fermée.

Si l'usager est accompagné, évaluer si cette ou ces personnes présente(nt) des symptômes d'une infection compatible avec le COVID-19. Dans l'affirmative, elle(s) doit(vent) être considérée(s) comme possiblement infectée(s) et être référée(s) pour une évaluation médicale. Elle(s) doit(vent) porter un masque de procédure.

Étape 2

- Référer au médecin de l'urgence en priorité pour évaluation.
- Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :
 - Mesures contre la transmission par gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire d'emblée pour tous les cas ambulatoires.
 - Mesures contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d'une protection oculaire si l'usager présente l'une ou l'autre des conditions suivantes :
 - Présence d'un critère de sévérité parmi les suivants* :
 - Adultes : saturation < 93 % à l'air ambiant OU fréquence respiratoire ≥ 30 /min (JAMA, 2020)
 - Enfants : Toux ou difficultés respiratoires avec au moins un des symptômes suivants (OMS, 2020c) :
 - Cyanose centrale ou saturation < 90 % à l'air ambiant
 - Détresse respiratoire sévère
 - Signes de pneumonie avec diminution marquée de l'état général (ex. : incapacité de boire, léthargie, perte de conscience, convulsions)
 - Lors de la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA).

Étape 3 (Personne sous investigation)

- Informer le microbiologiste-infectiologue de garde ou l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) selon les modalités prévues localement.
- Signaler l'usager sous investigation pour COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.
- Pour les accompagnateurs asymptomatiques, recueillir leurs coordonnées et les transmettre à la DSPublique afin qu'un suivi soit effectué au besoin.
- Limiter les investigations le plus possible. Prioriser celles nécessaires pour la confirmation du COVID-19.

Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire (après entente avec la DSPublique selon les modalités prévues localement ou régionalement).

Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2

* Note : Les mesures contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d'une protection oculaire devraient également être mises en place pour un usager qui se présente avec un diagnostic connu de pneumonie associée au COVID-19.

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2	<p>Si l'état clinique de l'usager nécessite une hospitalisation, il est recommandé de mettre en place les mesures contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d'une protection oculaire si elles n'ont pas encore été appliquées. Ceci s'applique pour tous les usagers hospitalisés, qu'ils soient encore sous investigation ou confirmés.</p>
Transport de l'usager non hospitalisé	<p>Si un déplacement est requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'usager doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen, le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. ▪ Mettre un drap sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Demander à l'usager d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▪ Aviser le service receveur que l'usager requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▪ Si le brancardier aide à l'installation de l'usager avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon le type de mesures recommandées, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'ÉPI</i>) puis procéder à l'HDM. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures contre la transmission par gouttelettes/contact : <ul style="list-style-type: none"> ▪ blouse à manches longues ▪ gants ▪ masque de procédure ▪ protection oculaire ▪ Mesures contre la transmission par voie aérienne/contact : <ul style="list-style-type: none"> ▪ blouse à manches longues ▪ gants ▪ respirateur N-95 ▪ protection oculaire ▪ Si le brancardier doit s'occuper de l'usager pendant le transport (soins directs), il doit conserver le respirateur N-95 ou le masque de procédure selon le cas si l'usager ne peut pas porter un masque de procédure. ▪ Retirer l'ÉPI dès que l'activité est terminée et procéder à l'HDM. Il peut être décidé localement de recommander le port d'ÉPI par le brancardier en tout temps lors du transport afin de simplifier ou d'harmoniser l'application de ces mesures par l'ensemble des travailleurs de la santé. ▪ S'assurer que les travailleurs de la santé du service receveur portent l'équipement de protection requis (respirateur N-95 ou masque de procédure selon de type de précautions additionnelles en place, blouse, gants, protection oculaire) pendant toute la durée de la présence de l'usager. ▪ Suite au départ de l'usager, si précautions additionnelles de type aérienne/contact, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle. ▪ Aucun temps d'attente avant de retirer la protection respiratoire n'est requis pour des précautions additionnelles gouttelettes/contact. La blouse et les gants doivent toutefois être portés. <p>Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager.</p>

Mesures à appliquer pour une personne sous investigation ou un cas probable ou confirmé hospitalisé

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
<p>Protection respiratoire : évaluation et gestion du risque</p>	<p>L'épidémiologie évolue rapidement et les mesures de protection respiratoire sont ajustées au fur et à mesure que les données sont disponibles. Ainsi, le niveau de protection respiratoire à appliquer lors des soins à un cas de COVID-19 fait l'objet de nombreuses discussions, autant au Québec qu'au Canada et ailleurs dans le monde.</p> <p>Les membres du Comité sur les infections nosocomiales du Québec ont ainsi pris en compte les nombreux éléments disponibles au moment d'écrire ces lignes. Un avis portant sur l'évaluation et la gestion du risque pour la protection respiratoire face au COVID-19, en tenant compte des données disponibles et des contraintes, a été émis en complément de ce document. Il peut être consulté sur le site Web de l'INSPQ.</p>
<p>Précautions additionnelles</p>	<p>Le CINQ recommande l'application des précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact pour tous les usagers hospitalisés*, qu'ils soient encore sous investigation ou confirmés pour COVID-19 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respirateurs (masque) N-95. ▪ Chambre à pression négative. ▪ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▪ Blouse à manches longues non stérile, à usage unique et jetable (prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques, ex. : vomissement). ▪ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. ▪ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. ▪ Restreindre au strict minimum le nombre de personnes présentes requis pour les soins de l'usager dans la chambre. ▪ Constituer des équipes dédiées aux soins des personnes avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de travailleurs de la santé pouvant être exposés. ▪ Tenir un registre de tous les travailleurs de la santé entrant dans la chambre. ▪ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager. ▪ Limiter les investigations le plus possible. ▪ Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement) au besoin. ▪ Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles</i> disponible au https://www.inspq.gc.ca/publications/2436

* Si un usager est hospitalisé pour une raison autre que médicale, l'application des mesures de précautions additionnelles peut être modulée en conséquence.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Retrait de l'équipement de protection personnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est important d'éviter de contaminer les zones (ex. : sas ou corridor) en dehors et adjacentes à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'équipement de protection personnelle. ▪ Ainsi, les gants, la blouse et la protection oculaire doivent être retirés dans la chambre juste avant de sortir. ▪ Lors de précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact, procéder à l'hygiène des mains dès la sortie de la chambre, puis retirer l'appareil de protection respiratoire à l'extérieur de la chambre. Procéder de nouveau à l'hygiène des mains. ▪ Lors de précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact, retirer le masque de procédure dans la chambre juste avant de sortir. ▪ Le retrait de l'équipement doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du milieu de soins qui peuvent influencer sur le retrait sécuritaire de l'équipement afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises. ▪ Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la page du CDC sur les recommandations intérimaires pour la prévention et le contrôle des personnes confirmées ou sous investigation pour le COVID-19 au : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/infection-control.html
Hébergement	<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). Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. Il doit être placé prioritairement dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle. ▪ Lors de la fin des mesures, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection personnelle. Se référer aux normes de changements d'air, disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2436 ▪ Possibilité de regroupement des cas confirmés. ▪ Il existe des centres désignés pour l'hébergement des cas confirmés pour COVID-19. Le centre où est hébergé un cas qui vient d'être confirmé a la responsabilité de contacter le centre désigné afin de planifier le transfert.
Durée des mesures	<p>Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Période d'au moins 14 jours après le début de la maladie aiguë (CIDRAP, 2020). ▪ Absence de fièvre depuis 48 heures. ▪ Absence de symptômes aigus depuis 24 heures. ▪ PCR négatif sur au moins deux échantillons respiratoires (ou selon recommandations de la DSPublique) consécutifs prélevés à 24 heures d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë. <p>Si un autre agent étiologique est identifié pour une personne sous investigation, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le SARS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises. Se référer au document <i>Application des mesures de précautions additionnelles : Recommandations intérimaires</i>.</p> <p>Aviser la Direction de santé publique de la levée des précautions additionnelles.</p>

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	<p>Les IMGA retenues sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intubation et extubation trachéales. ▪ Ventilation non invasive. ▪ Trachéotomie et soins de trachéotomie. ▪ Réanimation cardio-pulmonaire. ▪ Ventilation manuelle avant l'intubation. ▪ Bronchoscopie. ▪ Aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert chez un usager intubé ou trachéotomisé. ▪ Induction d'expectorations. ▪ Aspiration nasopharyngée chez les enfants. ▪ Ventilation en pression positive via masque facial (BiPAP, CPAP). ▪ Autopsie. <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de ces interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▪ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▪ Effectuer la procédure dans une chambre à pression négative. ▪ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux travailleurs de la santé expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. ▪ En plus de l'équipement de protection personnelle recommandé, porter une blouse imperméable à usage unique, jetable et à manches longues. <p>Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection personnel.</p> <p>Certaines procédures (comme traitement de nébulisation, drainage postural avec percussion (<i>clapping</i>) et ventilation oscillatoire à haute fréquence) n'ont pas été retenues par les membres du CINQ parce qu'il manque de données probantes permettant de prouver qu'elles génèrent des aérosols.</p> <p>L'écouvillonnage nasopharyngé chez l'adulte n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme procédures à risque d'augmenter la transmission du SARS-CoV-2.</p>
Prélèvements et laboratoire	<p>Prélever les échantillons recommandés par le LSPQ et les transmettre selon les modalités prescrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les informations concernant les analyses de laboratoire sont les mêmes que celles associées au MERS-CoV et sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/coronavirus-sars-cov-2-covid-19-detection-taan-sur-specimen-clinique

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Manipulations des prélèvements	<p>Pour la manipulation des spécimens, se référer aux procédures générales locales du laboratoire de l'installation. À titre informatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décontaminer l'extérieur des tubes de prélèvements avec le désinfectant habituellement utilisé. ▪ Identifier les tubes. ▪ Placer les tubes dans un sac pour spécimen biohazard. ▪ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté. ▪ Transporter les tubes directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser de systèmes pneumatiques pour le transport. ▪ Avisez le laboratoire de l'envoi. ▪ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination. ▪ Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Transport de l'utilisateur hospitalisé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▪ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'utilisateur lorsque cela est possible. Privilégier l'équipement de diagnostic portatif. Ex. : rayons X au lit, bronchoscopie, etc. ▪ Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisateur doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen, le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. ▪ Mettre un drap sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Demander à l'utilisateur d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▪ Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▪ Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis (blouse, gants, respirateur N-95 et protection oculaire) et l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'ÉPI</i>) puis procéder à l'HDM. Remettre un nouvel ÉPI s'il doit s'occuper de l'utilisateur pendant le transport (soins directs) et conserver le respirateur N-95 si l'utilisateur ne peut pas porter un masque de procédure. Retirer l'ÉPI dès que l'activité est terminée et procéder à l'HDM. Il peut être décidé localement de recommander le port d'ÉPI par le brancardier en tout temps lors du transport afin de simplifier ou d'harmoniser l'application de ces mesures par l'ensemble des travailleurs de la santé. ▪ S'assurer que les travailleurs de la santé du service receveur portent l'équipement de protection requis (respirateur N-95, blouse, gants, protection oculaire) pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▪ Suite au départ de l'utilisateur, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection personnel. ▪ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'utilisateur et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'utilisateur.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Transport de l'usager	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des travailleurs de la santé lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé). ▪ Lors du transfert d'un usager infecté vers un centre désigné, respecter les mêmes précautions additionnelles que celles en place dans le milieu de soins de départ.
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restreindre le nombre de visiteurs à ceux requis pour des raisons humanitaires seulement. Les visiteurs doivent quitter la chambre lorsque des interventions médicales générant des aérosols sont effectuées. ▪ Procéder au triage des membres de la famille et visiteurs. Éviter autant que possible d'exposer une personne qui n'a pas déjà été exposée. ▪ S'assurer que les visiteurs ayant pu être en contact avec l'usager peuvent se déplacer pendant leur période de surveillance (isolement à domicile ou non selon les mesures qui leur ont été recommandées) et ne présentent pas de symptômes compatibles avec COVID-19. Si ceux-ci présentent des symptômes, ils doivent être considérés comme possiblement infectés et doivent être référés pour évaluation médicale. ▪ Informer les visiteurs sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▪ Aviser les visiteurs de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager. ▪ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles recommandées. Insister particulièrement sur l'HDM et sur le port du respirateur N-95 (fit-test non requis) ou du masque de procédure selon les modalités locales déterminées. ▪ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▪ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
Bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ suspendre les services offerts pour cet usager.
Stagiaires, étudiants et résidents/externes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas admettre d'étudiants ou de stagiaires dans la chambre de l'usager. ▪ Les soins et les procédures à l'usager devraient être effectués uniquement par du personnel adéquatement qualifié. Seuls les résidents seniors expérimentés devraient être admis.
Hygiène et salubrité	<p>Il est important de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre (ou zone de soins) de l'usager pour l'entretien quotidien. ▪ Nettoyer et désinfecter : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au moins une fois par jour. ▪ Selon les procédures de l'établissement. ▪ Avec 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 (produit habituel ou solution chlorée). ▪ Porter une attention aux surfaces fréquemment touchées, qui doivent être nettoyées plus souvent.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Hygiène et salubrité	<p>À la cessation des précautions additionnelles ou au départ d'un usager symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si des précautions additionnelles de type aérienne/contact sont en place, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant de procéder à la désinfection. La protection respiratoire n'est plus requise après ce temps, mais la blouse et les gants doivent être conservés. ▪ Procéder au nettoyage et à la désinfection complets (surfaces <i>high touch</i> et <i>low touch</i>) de la salle de toilette et de la chambre. ▪ Changer les rideaux séparateurs. ▪ Jeter le matériel ne pouvant être désinfecté se trouvant dans la chambre et la salle de toilette de l'usager (y compris le papier de toilette). Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). Aucune particularité pour COVID-19.
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. ▪ Ne pas partager l'équipement de soins.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). Aucune particularité pour COVID-19.
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précaution additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit recouverte d'un drap ou jusqu'à ce qu'elle soit disposée dans un linceul. ▪ Désinfecter l'extérieur du linceul avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▪ Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. La blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▪ Aviser la DSPublique avant de remettre les dépouilles à une entreprise funéraire, afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate. ▪ Procéder aux autopsies dans une pièce à pression négative et appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact.
Formation	<p>Les travailleurs de la santé affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'identification d'un cas suspecté. ▪ Les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection personnelle requis.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées) etc.)
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.

DÉFINITIONS ET GESTION DES PERSONNES EXPOSÉES	
Exposition potentielle	<p>Personne qui correspond à l'une ou l'autre des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailleur de la santé ayant fourni des soins à une personne ayant une infection confirmée sans avoir porté les ÉPI recommandés. ▪ Personne ayant eu un contact direct avec les liquides biologiques infectieux (ex. : avoir reçu expectorations lors de toux, éternuement). ▪ Usager ayant reçu des soins dans la même pièce et à moins de 2 mètres d'un cas ou d'un PSI, sans protection appropriée. ▪ Toute personne qui correspond aux expositions à risque élevé ou modéré décrites dans la fiche <i>Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : Recommandations intérimaires</i>. <p>L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition et le milieu où l'exposition s'est produite.</p>
Prise en charge des travailleurs de la santé répondant à la définition d'exposition potentielle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le travailleur de la santé qui répond à la définition de contact à risque élevé ou modéré devrait être exclu du travail pendant la période de surveillance. Une modulation peut être faite en fonction du niveau de risque du contact (des précisions seront ajoutées rapidement). ▪ En période de pénurie de personnel, le travailleur de la santé asymptomatique pourra travailler s'il porte un masque chirurgical ou un masque de procédure en tout temps lorsqu'il se trouve en milieu de soins pendant la période de surveillance. Les mesures d'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire doivent être respectées rigoureusement pendant cette période. ▪ Le travailleur de la santé qui répond à la définition de contact à risque élevé ou modéré doit surveiller l'apparition de symptômes de la maladie pendant 14 jours. La surveillance active quotidienne sera effectuée par le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement ou selon les modalités régionales existantes. ▪ Si le travailleur développe un ou plusieurs symptômes compatibles, il doit communiquer avec le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement pour qu'une évaluation médicale soit planifiée en collaboration avec la DSPublique. Un corridor de service doit être organisé et le travailleur doit être avisé des mesures à prendre pour éviter les expositions. Il doit être pris en charge comme une personne sous investigation. ▪ Si un travailleur de la santé qui a été en contact avec un cas confirmé ou un cas probable développe des symptômes compatibles avec COVID-19 à l'intérieur d'une période de 14 jours suivant le dernier contact, il doit communiquer avec le Service de santé et de sécurité au travail de son établissement pour qu'une évaluation médicale soit planifiée en collaboration avec la DSPublique, même s'il portait l'ÉPI requis.
Prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition d'exposition potentielle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance quotidienne des symptômes respiratoires et de la fièvre pendant les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas symptomatique. ▪ Des précautions contre la transmission par gouttelettes/contact doivent être mises en place auprès de ces usagers. ▪ Les déplacements de l'usager hors de sa chambre devraient être limités à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. ▪ Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre. ▪ L'usager exposé hospitalisé et ses visiteurs doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ▪ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, la DSPublique doit être informée. Elle pourra ainsi s'assurer que la surveillance des symptômes se poursuivra (surveillance active quotidienne) et que les mesures de prévention de l'infection seront appliquées où demeurera l'usager.

Références

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim guidance for healthcare professionals*. Version 2020-02-02. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-03-07. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

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

Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-01-31. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-02-04. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>

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

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

Johns Hopkins center for health security (2020). Fecal-oral transmission. *Daily updates on the emerging novel coronavirus from the Johns Hopkins Center for Health Security*, revue du 2020-02-02. Pour s'inscrire : <http://www.centerforhealthsecurity.org/newsroom/newsletters/e-newsletter-sign-up.html>

Wu, Zunyou et McGoogan, J.M. (2020). 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*, 24 février 2020.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-01-25. Repéré au [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 (OMS). (2020b). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report –35, 25 February 2020*. Repéré au https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200225-sitrep-36-covid-19.pdf?sfvrsn=2791b4e0_2

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020c). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 12 January 2020.

COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : Recommandations intérimaires

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Suzanne Leroux
Josée Massicotte
Chantal Richard
Jasmin Villeneuve
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Leroux, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, Institut national de santé publique du Québec

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.

Dépôt légal – X trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-XXXX (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication :

COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC
Version 5.0

20 mars 2020

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SARS-CoV-2 (COVID-19).

En date du 11 février 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait que l'appellation SARS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) sera dorénavant utilisée pour désigner le nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease 2019*) désignera l'infection causée par ce virus.

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 et l'application des précautions additionnelles appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection COVID-19 en milieu de soins aigus. Elle est basée sur les connaissances actuelles du COVID-19, infection identifiée au départ dans la région de Wuhan en Chine. Ces recommandations sont issues des documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), et actualisées en fonction de celles émises par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus. Étant donné l'évolution des informations sur plusieurs aspects du COVID-19, il apparaît justifié à ce moment-ci de moduler les recommandations émises antérieurement. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à assurer la sécurité du personnel et des usagers en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

Il est à noter que ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur le COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

Préparation à la réception d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

INFORMATIONS SUR LE VIRUS SARS-CoV-2	
Voir la fiche sur les caractéristiques du virus pour plus d'informations	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau international :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et http://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c88e37cfc43b4ed3baf977d77e4a0667 ▪ MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/veille-epidemiologique.pdf ▪ Johns Hopkins : https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6
Mode de transmission	<p>Les données scientifiques et épidémiologiques actuelles indiquent que le mode de transmission du SARS-CoV-2 semble se faire de façon prédominante via les gouttelettes lors d'un contact étroit prolongé ou par contact direct avec les gouttelettes des sécrétions respiratoires lors de toux ou d'éternuements de la personne malade.</p> <p>De plus en plus de données épidémiologiques maintenant disponibles sur les cas répertoriés à travers le monde démontrent que la grande majorité des cas ont été liés à une transmission de personne à personne lors d'un contact étroit sans protection avec une personne présentant des symptômes respiratoires (WHO 2020).</p> <p>La transmission semble se faire via le contact direct avec les muqueuses des voies respiratoires supérieures et des conjonctives. La proportion de transmission par contact indirect via les surfaces n'est pas bien connue.</p> <p>Toutefois, la transmission par voie aérienne opportuniste (fines gouttelettes de sécrétions respiratoires infectées aérosolisées particulièrement lors des interventions médicales générant des aérosols) n'est pas encore bien définie et selon les données scientifiques actuelles, les experts ne peuvent se prononcer sur l'exclusion d'une transmission par cette voie. La contribution possible d'une transmission par voie aérienne dans certaines conditions doit donc être prise en compte notamment afin de limiter la transmission en présence de cas admis dans les milieux de soins.</p> <p>Puisque des particules virales se retrouvent dans les selles, une transmission fécale-orale est aussi possible (Johns Hopkins, 2020).</p>
Définition de cas aux fins de surveillance	<p>Se référer à la définition publiée par l'ASPC disponible au https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html</p> <p>Et à la définition publiée par le MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/</p> <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des patients (ASPC, 2020).</p>

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
Affichage	<p>Renforcer l’affichage aux entrées de l’établissement utilisées par les travailleurs de la santé, les usagers, dans les aires d’attente du triage et du prétriage (si en place dans l’installation), la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▪ Promouvoir l’hygiène et l’étiquette respiratoires chez les usagers présentant de la fièvre ou de la toux. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2439 ▪ Identifier la zone d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes d’une infection respiratoire. ▪ Limiter les visites non essentielles. <p>Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/</p>
Pratiques de base	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers. Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L’hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les travailleurs de la santé, les usagers et les visiteurs. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438 ▪ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> tel que déjà mentionné. ▪ Salubrité de l’environnement selon les procédures de l’établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada.
Pratiques de base	<p>S’assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2442</p>
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installer des affiches aux entrées et aux endroits stratégiques de l’installation pour inciter les usagers de retour de voyage à s’identifier rapidement si présence de fièvre ou de symptômes respiratoires (voir section <i>Affichage</i>). ▪ Inviter les usagers présentant des symptômes d’infections respiratoires à porter un masque de procédure dès leur arrivée dans l’installation. ▪ S’assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l’identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▪ Connaître le risque au regard d’un voyage dans une zone à risque ou les autres expositions à risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se référer à l’outil de triage du MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mrsi/outil-de-triage.pdf

Prise en charge d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
<p>Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2</p>	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir le port du masque de procédure pour l'utilisateur. ▪ Placer l'utilisateur et son accompagnateur (si présent) dans une pièce individuelle avec la porte fermée. <p>Si l'utilisateur est accompagné, évaluer si cette ou ces personnes présente(nt) des symptômes d'une infection compatible avec le COVID-19. Dans l'affirmative, elle(s) doit(vent) être considérée(s) comme possiblement infectée(s) et être référée(s) pour une évaluation médicale. Elle(s) doit(vent) porter un masque de procédure.</p> <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Référer au médecin de l'urgence en priorité pour évaluation. ▪ Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures contre la transmission par gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire d'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non) et les cas hospitalisés sans critères de sévérité. ▪ Mesures contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d'une protection oculaire si l'utilisateur présente l'une ou l'autre des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d'un critère de sévérité parmi les suivants (JAMA, 2020) ou tout autre critère jugé par le clinicien comme étant un cas sévère : <ul style="list-style-type: none"> • Adultes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Saturation ≤ 93 % à l'air ambiant ○ Fréquence respiratoire ≥ 30/min ○ Besoin de 4L et plus en oxygène ○ Choc ○ Détresse respiratoire aiguë • Enfants : Toux ou difficultés respiratoires avec au moins un des symptômes suivants (OMS, 2020c) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Cyanose centrale ou saturation < 90 % à l'air ambiant ○ Détresse respiratoire sévère ○ Signes de pneumonie avec diminution marquée de l'état général (ex. : incapacité de boire, léthargie, perte de conscience, convulsions) ▪ Lors de la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA). <p>Étape 3 (Personne sous investigation qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer le microbiologiste-infectiologue de garde ou l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) selon les modalités prévues localement. ▪ Limiter les investigations le plus possible. Prioriser celles nécessaires pour la confirmation du COVID-19. <p>Si l'état clinique de l'utilisateur le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire.</p>

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
<p>Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2</p>	<p>Il est recommandé d’instaurer les précautions additionnelles contre la transmission gouttelettes/contact incluant le port d’une protection oculaire pour les usagers hospitalisés, qu’ils soient encore sous investigation ou confirmés.</p> <p>Si l’état clinique de l’usager présente des critères de sévérité tel que décrit dans la section <i>Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2</i>, il est recommandé de mettre en place les mesures contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d’une protection oculaire si elles n’ont pas encore été appliquées.</p> <p>Cette gradation des mesures devrait permettre d’assurer une mise en place graduelle des précautions additionnelles de type aérien qui permettront une protection des travailleurs advenant une détérioration soudaine du patient nécessitant des IMGA d’urgence.</p>

Mesures à appliquer pour une personne sous investigation ou un cas probable ou confirmé hospitalisé

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
<p>Protection respiratoire : évaluation et gestion du risque</p>	<p>L'épidémiologie évolue rapidement et les mesures de protection respiratoire sont ajustées au fur et à mesure que les données sont disponibles. Ainsi, le niveau de protection respiratoire à appliquer lors des soins à un cas de COVID-19 fait l'objet de nombreuses discussions, autant au Québec qu'au Canada et ailleurs dans le monde.</p> <p>Les membres du Comité sur les infections nosocomiales du Québec ont ainsi pris en compte les nombreux éléments disponibles au moment d'écrire ces lignes. Un avis portant sur l'évaluation et la gestion du risque pour la protection respiratoire face au COVID-19, en tenant compte des données disponibles et des contraintes, a été émis en complément de ce document. Il peut être consulté sur le site Web de l'INSPQ.</p>
<p>Précautions additionnelles</p>	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager.</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas suspects ou confirmés COVID-19 hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19, sans critère de sévérité (section <i>Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2</i>). ▪ Cas hospitalisés en raison d'un diagnostic autre que le COVID-19 (ex. : fracture de hanche) mais ayant reçu un résultat + pour le COVID-19 (cas non sévères et qui ne nécessitent pas d'IMGA). <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas suspects ou confirmés COVID-19 hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et nécessitant une IMGA (section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>). ▪ Cas suspects ou confirmés COVID-19 hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 avec critère de sévérité (section <i>Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2</i>). ▪ Choix de chambre : Chambre à pression négative. En cas de manque de chambre à pression négative, une chambre individuelle porte fermée est requise (les travailleurs doivent utiliser un respirateur (masque) N95). <p>Aucune précaution additionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usagers hospitalisés en raison d'un diagnostic autre que le COVID-19, présentant des symptômes compatibles avec le COVID-19 mais ayant reçu un résultat négatif pour le COVID-19. ▪ Voyageurs (de retour au pays depuis moins de 14 jours) et contacts d'un cas confirmé de COVID-19, hospitalisés pour un diagnostic autre que le COVID-19. Un confinement au lit avec surveillance des symptômes doit être fait. Ces usagers ne doivent pas circuler dans l'établissement. <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps, peu importe le type de précautions additionnelles en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▪ Blouse à manches longues non stérile, à usage unique et jetable. L'usage d'une blouse lavable (à utilisation unique) peut être envisagé si les blouses jetables ne sont pas disponibles temporairement. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques, ex. : vomissement.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Précautions additionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. ▪ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. ▪ Restreindre au strict minimum le nombre de personnes présentes requis pour les soins de l'usager dans la chambre. ▪ Constituer des équipes dédiées aux soins des personnes avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de travailleurs de la santé pouvant être exposés. ▪ Tenir un registre de tous les travailleurs de la santé entrant dans la chambre. ▪ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager. ▪ Limiter les investigations le plus possible. <p>Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement) au besoin</p>
Retrait de l'équipement de protection personnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est important d'éviter de contaminer les zones (ex. : sas ou corridor) en dehors et adjacentes à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'équipement de protection personnelle. ▪ Ainsi, les gants, la blouse et la protection oculaire doivent être retirés dans la chambre juste avant de sortir. ▪ Lors de précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact, procéder à l'hygiène des mains dès la sortie de la chambre, puis retirer l'appareil de protection respiratoire à l'extérieur de la chambre. Procéder de nouveau à l'hygiène des mains. ▪ Lors de précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact, retirer le masque de procédure dans la chambre juste avant de sortir. ▪ Le retrait de l'équipement doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du milieu de soins qui peuvent influencer sur le retrait sécuritaire de l'équipement afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises. ▪ Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la page du CDC sur les recommandations intérimaires pour la prévention et le contrôle des personnes confirmées ou sous investigation pour le COVID-19 au : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/infection-control.html
Hébergement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placer l'usager nécessitant des précautions additionnelles contre la transmission gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▪ Placer l'usager nécessitant des précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. Dans cette situation, les travailleurs doivent utiliser un respirateur (masque) N95. L'usager doit être placé prioritairement dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle. ▪ À la levée des mesures, si des précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact sont en place, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle. Se référer aux normes de changements d'air, disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2436 ▪ Possibilité de regroupement des cas confirmés. ▪ Il existe des centres désignés pour l'hébergement des cas confirmés pour COVID-19. Le centre où est hébergé un cas qui vient d'être confirmé a la responsabilité de contacter le centre désigné afin de planifier le transfert.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Cohorte de cas sur une même unité de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si le transfert dans un centre désigné devient impossible en raison d'une augmentation massive du nombre de cas hospitalisés, une cohorte peut être constituée sur une même unité de soins. Seuls les usagers hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec le COVID-19 et ayant un résultat + doivent être hébergés dans une telle cohorte. Idéalement, prévoir une cohorte de cas en attente des résultats des tests de laboratoire. ▪ Les précautions additionnelles contre la transmission gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire sont requises avant l'entrée de tout travailleur sur cette unité : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Masque de procédure ▪ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▪ Blouse à manches longues non stérile, à usage unique et jetable. L'usage d'une blouse lavable (à utilisation unique) peut être envisagé si les blouses jetables ne sont pas disponibles temporairement. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques, ex. : vomissement. ▪ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. ▪ Dans le contexte de la pandémie, la blouse, le masque et la protection oculaire pourraient être conservés, si non visiblement souillés, pour les soins de plusieurs usagers à l'intérieur de la cohorte, selon les directives de l'équipe de prévention et contrôle des infections locale et les pratiques usuelles. Par contre, ceux-ci devraient être changés si contacts ou éclaboussures avec des liquides biologiques. ▪ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), l'équipement de protection individuelle doit être retiré suite aux soins. ▪ Les gants doivent être changés entre chaque usager et une hygiène des mains doit être effectuée. ▪ L'équipement de protection individuelle doit être retiré sur cette unité, près de la porte d'accès, juste avant de sortir. Procéder à l'hygiène des mains suite au retrait des gants et de la blouse, retirer ensuite le masque et la visière puis procéder à nouveau à l'hygiène des mains.
Durée des mesures	<p>Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Période d'au moins 14 jours après le début de la maladie aiguë (CIDRAP, 2020). ▪ Absence de fièvre depuis 48 heures. ▪ Absence de symptômes aigus depuis 24 heures. ▪ PCR négatif sur au moins deux échantillons respiratoires (ou selon recommandations de la DSPublique) consécutifs prélevés à 24 heures d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë. <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire pour une personne sous investigation, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le SARS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises. Se référer au document <i>Application des mesures de précautions additionnelles : Recommandations intérimaires</i>.</p> <p>Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat des tests PCR SARS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.</p> <p>Aviser la Direction de santé publique de la levée des précautions additionnelles.</p>

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	<p>Les IMGA retenues sont, en autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intubation et extubation trachéales. ▪ Ventilation non invasive en pression positive via masque facial (ex. : BiPAP, CPAP). ▪ Oxygénothérapie conventionnelle avec masque facial (ex. : Ventimask)*. ▪ Oxygénothérapie par voie nasale à haut débit (ex. : Optiflow)*. ▪ Trachéotomie et soins de trachéotomie. ▪ Réanimation cardio-pulmonaire. ▪ Ventilation manuelle avant l'intubation. ▪ Bronchoscopie. ▪ Gastroscopie*. ▪ Laryngoscopie. ▪ Aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert chez un usager intubé ou trachéotomisé. ▪ Induction d'expectorations. ▪ Aspiration nasopharyngée chez les enfants. ▪ Autopsie. <p>* Ces interventions sont citées par certains groupes comme étant des IMGA. Toutefois, la littérature n'a pas été évaluée par le CINQ et la liste ci-dessus pourrait être appelée à changer suite à l'évaluation du CINQ.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de ces interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▪ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▪ Effectuer la procédure dans une chambre à pression négative. ▪ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux travailleurs de la santé expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. ▪ En plus de l'équipement de protection personnelle recommandé, porter une blouse imperméable à usage unique, jetable et à manches longues. <p>Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle.</p> <p>Si une salle à pression négative est difficile d'accès ou non disponible, certaines procédures telles que l'aspiration nasopharyngée chez les enfants et la gastroscopie peuvent être effectuées dans une salle régulière.</p> <p>Certaines procédures (comme traitement de nébulisation, drainage postural avec percussion (<i>clapping</i>) et ventilation oscillatoire à haute fréquence) n'ont pas été retenues par les membres du CINQ parce qu'il manque de données probantes permettant de prouver qu'elles génèrent des aérosols.</p> <p>L'écouvillonnage nasopharyngé chez l'adulte et l'enfant n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme procédures à risque d'augmenter la transmission du SARS-CoV-2.</p>

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Prélèvements et laboratoire	<p>Prélever les échantillons recommandés par le LSPQ et les transmettre selon les modalités prescrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les informations concernant les analyses de laboratoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/coronavirus-sars-cov-2/covid-19-detection-taan-sur-specimen-clinique
Manipulations des prélèvements	<p>Pour la manipulation des spécimens, se référer aux procédures générales locales du laboratoire de l'installation. À titre informatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décontaminer l'extérieur des tubes de prélèvements avec le désinfectant habituellement utilisé. ▪ Identifier les tubes. ▪ Placer les tubes dans un sac pour spécimen biohazard. ▪ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscire COVID-19 suspecté. ▪ Transporter les tubes directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser de systèmes pneumatiques pour le transport. ▪ Avisez le laboratoire de l'envoi. ▪ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination. ▪ Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Transport de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▪ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'utilisateur lorsque cela est possible. Privilégier l'équipement de diagnostic portatif. Ex. : rayons X au lit, bronchoscopie, etc. ▪ Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisateur doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen, le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. ▪ Mettre un drap sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Demander à l'utilisateur d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▪ Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▪ Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'ÉPI</i>) puis procéder à l'HDM. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures contre la transmission par gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Masque de procédure ▪ Blouse à manches longues ▪ Gants ▪ Protection oculaire

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d'une protection oculaire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respirateur N-95 ▪ Blouse à manches longues ▪ Gants ▪ Protection oculaire ▪ Durant le transport, il doit revêtir un masque de procédure ou un respirateur N-95 selon le type de mesures en place, notamment si l'usager est incapable de porter un masque de procédure. ▪ Il peut être décidé localement de recommander le port d'ÉPI par le brancardier en tout temps lors du transport afin de simplifier ou d'harmoniser l'application de ces mesures par l'ensemble des travailleurs de la santé. ▪ S'assurer que les travailleurs de la santé du service receveur portent l'équipement de protection requis (masque de procédure ou respirateur N-95 selon le type de mesure en place, blouse, gants, protection oculaire) pendant toute la durée de la présence de l'usager. ▪ Suite au départ de l'usager, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle. ▪ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. Le masque de procédure ou le respirateur N-95 n'est pas nécessaire. Par contre, la blouse et les gants doivent être portés.
Transport de l'usager	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des travailleurs de la santé lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé). ▪ Lors du transfert d'un usager infecté vers un centre désigné, respecter les mêmes précautions additionnelles que celles en place dans le milieu de soins de départ.
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restreindre le nombre de visiteurs à ceux requis pour des raisons humanitaires seulement. Les visiteurs doivent quitter la chambre lorsque des interventions médicales générant des aérosols sont effectuées. ▪ Procéder au triage des membres de la famille et visiteurs. Éviter autant que possible d'exposer une personne qui n'a pas déjà été exposée. ▪ S'assurer que les visiteurs ayant pu être en contact avec l'usager peuvent se déplacer pendant leur période de surveillance (isolement à domicile ou non selon les mesures qui leur ont été recommandées) et ne présentent pas de symptômes compatibles avec COVID-19. Si ceux-ci présentent des symptômes, ils doivent être considérés comme possiblement infectés et doivent être référés pour évaluation médicale. ▪ Informer les visiteurs sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▪ Aviser les visiteurs de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager. ▪ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles recommandées. Insister particulièrement sur l'HDM et sur le port du masque de procédure. ▪ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▪ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
Bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ suspendre les services offerts pour cet usager.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Stagiaires, étudiants et résidents/externes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas admettre d'étudiants ou de stagiaires dans la chambre de l'usager. ▪ Les soins et les procédures à l'usager devraient être effectués uniquement par du personnel adéquatement qualifié. Seuls les résidents seniors expérimentés devraient être admis.
Hygiène et salubrité	<p>Il est important de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre (ou zone de soins) de l'usager pour l'entretien quotidien. ▪ Nettoyer et désinfecter : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au moins une fois par jour. ▪ Selon les procédures de l'établissement. ▪ Avec 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 (produit habituel ou solution chlorée). ▪ Porter une attention aux surfaces fréquemment touchées, qui doivent être nettoyées plus souvent.
Hygiène et salubrité	<p>À la cessation des précautions additionnelles ou au départ d'un usager symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si des précautions additionnelles de type aérienne/contact sont en place, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant de procéder à la désinfection. La protection respiratoire n'est plus requise après ce temps, mais la blouse et les gants doivent être conservés. Le décompte du temps d'attente débute lorsque le retrait des fournitures et de la literie (ex. : rideaux séparateurs, draps, etc.) a été effectué. ▪ Procéder au nettoyage et à la désinfection complets (surfaces <i>high touch</i> et <i>low touch</i>) de la salle de toilette et de la chambre. ▪ Changer les rideaux séparateurs. ▪ Jeter le matériel ne pouvant être désinfecté se trouvant dans la chambre et la salle de toilette de l'usager (y compris le papier de toilette). Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). Aucune particularité pour COVID-19.
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. ▪ Ne pas partager l'équipement de soins.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). Aucune particularité pour COVID-19.
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précaution additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit recouverte d'un drap ou jusqu'à ce qu'elle soit disposée dans un linceul. ▪ Désinfecter l'extérieur du linceul avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▪ Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. La blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▪ Aviser la DSPublique avant de remettre les dépouilles à une entreprise funéraire, afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate. ▪ Procéder aux autopsies dans une pièce à pression négative et appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact.
Formation	<p>Les travailleurs de la santé affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'identification d'un cas suspecté. ▪ Les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection personnelle requis.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées) etc.)
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.

DÉFINITIONS ET GESTION DES PERSONNES EXPOSÉES	
Exposition potentielle	<p>Personne qui correspond à l'une ou l'autre des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailleur de la santé ayant fourni des soins à une personne ayant une infection confirmée sans avoir porté les ÉPI recommandés. ▪ Travailleurs de la santé ayant eu un contact direct avec les liquides biologiques infectieux (ex. : avoir reçu expectorations lors de toux, éternuement). ▪ Travailleurs de la santé ayant eu un contact étroit (à moins de 2 mètres) pour une période prolongée (≥ 10 minutes cumulées) avec une personne ayant une infection symptomatique confirmée pendant sa maladie alors que cette personne (malade) n'appliquait pas les mesures recommandées d'isolement ou que ce contact n'appliquait pas les mesures requises. ▪ Travailleurs de la santé ayant eu un contact direct avec les liquides biologiques infectieux (ex. : avoir reçu expectorations lors de toux, éternuement). ▪ Usager ayant reçu des soins dans la même pièce et à moins de 2 mètres d'un cas ou d'une personne sous investigation, sans protection appropriée. <p>L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition et le milieu où l'exposition s'est produite.</p> <p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des travailleurs de la santé, référer au document <i>Evaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19</i>.</p>
Prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition d'exposition potentielle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance quotidienne des symptômes respiratoires et de la fièvre pendant les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas symptomatique. ▪ Des précautions contre la transmission par gouttelettes/contact doivent être mises en place auprès de ces usagers. ▪ Les déplacements de l'usager hors de sa chambre devraient être limités à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. ▪ Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre. ▪ L'usager exposé hospitalisé et ses visiteurs doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ▪ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, la DSPublique doit être informée. Elle pourra ainsi s'assurer que la surveillance des symptômes se poursuivra (surveillance active quotidienne) et que les mesures de prévention de l'infection seront appliquées où demeurera l'usager.

Références

Canadian Association of Gastroenterology. (2020) *COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities*. 16 mars 2020. Repéré au <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-Statement-COVID-&Endoscopy.pdf>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim guidance for healthcare professionals*. Version 2020-02-02. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-03-07. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

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

Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-01-31. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-02-04. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>

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

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

Johns Hopkins center for health security (2020). *Fecal-oral transmission. Daily updates on the emerging novel coronavirus from the Johns Hopkins Center for Health Security, revue du 2020-02-02*. Pour s'inscrire : <http://www.centerforhealthsecurity.org/newsroom/newsletters/e-newsletter-sign-up.html>

Wu, Zunyou et McGoogan, J.M. (2020). 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 America Medical Association*, 24 février 2020.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-01-25. Repéré au [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 (OMS). (2020b). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report –35, 25 February 2020*. Repéré au https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200225-sitrep-36-covid-19.pdf?sfvrsn=2791b4e0_2

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020c). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 12 january 2020.

Canadian Association of Gastroenterology. (2020) *COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities*. 16 mars 2020. Repéré au <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-Statement-COVID-&Endoscopy.pdf>

COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : Recommandations intérimaires

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Suzanne Leroux
Josée Massicotte
Chantal Richard
Jasmin Villeneuve
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Leroux
Chantal Richard
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Institut national de santé publique du Québec

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.

Dépôt légal – X trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-XXXX (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication :

COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

27 mars 2020
Version 5.1

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SARS-CoV-2 (COVID-19).

En date du 11 février 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait que l'appellation SARS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) se dorénavant utilisée pour désigner le nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease 2019*) désignera l'infection causée par ce virus.

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 et l'application des précautions additionnelles appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection COVID-19 en milieu de soins aigus. Elle est basée sur les connaissances actuelles du COVID-19, infection identifiée au départ dans la région de Wuhan en Chine. Ces recommandations sont issues des documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), et actualisées en fonction de celles émises par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus. Étant donné l'évolution des informations sur plusieurs aspects du COVID-19, il apparaît justifié à ce moment-ci de moduler les recommandations émises antérieurement. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à assurer la sécurité du personnel et des usagers en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

Il est à noter que ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur le COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

Préparation à la réception d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

INFORMATIONS SUR LE VIRUS SARS-CoV-2	
Voir la fiche sur les caractéristiques du virus pour plus d'informations	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau international :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et http://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c88e37cfc43b4ed3baf977d77e4a0667 ▪ MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/veille-epidemiologique.pdf ▪ Johns Hopkins : https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6
Mode de transmission	<p>Les données scientifiques et épidémiologiques actuelles indiquent que le mode de transmission du SARS-CoV-2 semble se faire de façon prédominante via les gouttelettes lors d'un contact étroit prolongé ou par contact direct avec les gouttelettes des sécrétions respiratoires lors de toux ou d'éternuements de la personne malade.</p> <p>De plus en plus de données épidémiologiques maintenant disponibles sur les cas répertoriés à travers le monde démontrent que la grande majorité des cas ont été liés à une transmission de personne à personne lors d'un contact étroit sans protection avec une personne présentant des symptômes respiratoires (WHO 2020).</p> <p>La transmission semble se faire via le contact direct avec les muqueuses des voies respiratoires supérieures et des conjonctives. La proportion de transmission par contact indirect via les surfaces n'est pas bien connue.</p> <p>Toutefois, la transmission par voie aérienne opportuniste (fines gouttelettes de sécrétions respiratoires infectées aérosolisées particulièrement lors des interventions médicales générant des aérosols) n'est pas encore bien définie et selon les données scientifiques actuelles, les experts ne peuvent se prononcer sur l'exclusion d'une transmission par cette voie. La contribution possible d'une transmission par voie aérienne dans certaines conditions doit donc être prise en compte notamment afin de limiter la transmission en présence de cas admis dans les milieux de soins.</p> <p>Puisque des particules virales se retrouvent dans les selles, une transmission fécale-orale est aussi possible (Johns Hopkins, 2020).</p>
Définition de cas aux fins de surveillance	<p>Se référer à la définition publiée par l'ASPC disponible au https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html</p> <p>Et à la définition publiée par le MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/</p> <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des patients (ASPC, 2020).</p>

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS	
Affichage	<p>Renforcer l’affichage aux entrées de l’établissement utilisées par les travailleurs de la santé, les usagers, dans les aires d’attente du triage et du prétriage (si en place dans l’installation), la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▪ Promouvoir l’hygiène et l’étiquette respiratoires chez les usagers présentant de la fièvre ou de la toux. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2439 ▪ Identifier la zone d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes d’une infection respiratoire. ▪ Limiter les visites non essentielles. <p>Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/</p>
Pratiques de base	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers. Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L’hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les travailleurs de la santé, les usagers et les visiteurs. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438 ▪ Hygiène et étiquette respiratoire. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> tel que déjà mentionné. ▪ Salubrité de l’environnement selon les procédures de l’établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada. <p>S’assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2442</p>
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installer des affiches aux entrées et aux endroits stratégiques de l’installation pour inciter les usagers de retour de voyage à s’identifier rapidement si présence de fièvre ou de symptômes respiratoires (voir section <i>Affichage</i>). ▪ Inviter les usagers présentant des symptômes d’infections respiratoires à porter un masque de procédure dès leur arrivée dans l’installation. ▪ S’assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l’identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▪ Connaître le risque au regard d’un voyage dans une zone à risque ou les autres expositions à risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se référer à l’outil de triage du MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mrsi/outil-de-triage.pdf

Prise en charge d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS

Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2

Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :

Étape 1

- Maintenir le port du masque de procédure pour l'utilisateur.
- Placer l'utilisateur et son accompagnateur (si présent) dans une pièce individuelle avec la porte fermée.

Si l'utilisateur est accompagné, évaluer si cette ou ces personnes présente(nt) des symptômes d'une infection compatible avec le COVID-19. Dans l'affirmative, elle(s) doit(vent) être considérée(s) comme possiblement infectée(s) et être référée(s) pour une évaluation médicale. Elle(s) doit(vent) porter un masque de procédure.

Étape 2

- Référer au médecin de l'urgence en priorité pour évaluation.
- Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :
 - Mesures contre la transmission par gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire d'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non) et les cas hospitalisés sans **critères d'admission en soins intensifs**.
 - Mesures contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d'une protection oculaire si l'utilisateur présente l'une ou l'autre des conditions suivantes :
 - Présence d'un **critère d'admission en soins intensifs** parmi les suivants:
 - Adultes :
 - Fréquence respiratoire ≥ 24 /min ou détresse respiratoire aiguë
 - Besoin de ≥ 4 L en oxygène (lunettes nasales ou VM) pour saturation 90%
 - TA systolique < 90 mmHg malgré une réanimation liquidienne adéquate
 - Tout critère jugé sévère par le clinicien (ex. : altération de l'état de conscience)
 - Enfants : Toux ou difficultés respiratoires avec au moins un des symptômes suivants (OMS, 2020c)
 - Cyanose centrale ou saturation < 90 % à l'air ambiant
 - Détresse respiratoire sévère
 - Signes de pneumonie avec diminution marquée de l'état général (ex. : incapacité de boire, léthargie, perte de conscience, convulsions)
 - Lors de la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA).

Étape 3 (Personne sous investigation qui nécessite une hospitalisation)

- Informer le microbiologiste-infectiologue de garde ou l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) selon les modalités prévues localement.
- Limiter les investigations le plus possible. Prioriser celles nécessaires pour la confirmation du COVID-19.

Si l'état clinique de l'utilisateur le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire.

MESURES À APPLIQUER EN TOUT TEMPS

Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2

Il est recommandé d'instaurer les précautions additionnelles contre la transmission gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire pour les usagers hospitalisés, qu'ils soient encore sous investigation ou confirmés.

Si l'état clinique de l'usager présente des **critères d'admission en soins intensifs** tel que décrit dans la section *Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2*, il est recommandé de mettre en place les mesures contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d'une protection oculaire si elles n'ont pas encore été appliquées.

Cette gradation des mesures devrait permettre d'assurer une mise en place graduelle des précautions additionnelles de type aérien qui permettront une protection des travailleurs advenant une détérioration soudaine du patient nécessitant des IMGA d'urgence.

Mesures à appliquer pour une personne sous investigation ou un cas probable ou confirmé hospitalisé

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Protection respiratoire : évaluation et gestion du risque	<p>L'épidémiologie évolue rapidement et les mesures de protection respiratoire sont ajustées au fur et à mesure que les données sont disponibles. Ainsi, le niveau de protection respiratoire à appliquer lors des soins à un cas de COVID-19 fait l'objet de nombreuses discussions, autant au Québec qu'au Canada et ailleurs dans le monde.</p> <p>Les membres du Comité sur les infections nosocomiales du Québec ont ainsi pris en compte les nombreux éléments disponibles au moment d'écrire ces lignes. Un avis portant sur l'évaluation et la gestion du risque pour la protection respiratoire face au COVID-19, en tenant compte des données disponibles et des contraintes, a été émis en complément de ce document. Il peut être consulté sur le site Web de l'INSPQ.</p>
Précautions additionnelles	<p>Le CINQ recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager.</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas suspects ou confirmés COVID-19 hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19, sans critère d'admission en soins intensifs (section <i>Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2</i>). ▪ Cas hospitalisés en raison d'un diagnostic autre que le COVID-19 (ex. : fracture de hanche) mais ayant reçu un résultat + pour le COVID-19 (cas non sévères et qui ne nécessitent pas d'IMGA). <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas suspects ou confirmés COVID-19 hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et nécessitant une IMGA (section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>). ▪ Cas suspects ou confirmés COVID-19 hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 avec critère d'admission en soins intensifs (section <i>Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2</i>). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Choix de chambre : Chambre à pression négative. En cas de manque de chambre à pression négative, une chambre individuelle porte fermée est requise (les travailleurs doivent utiliser un respirateur (masque) N95). <p>Aucune précaution additionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usagers hospitalisés en raison d'un diagnostic autre que le COVID-19, présentant des symptômes compatibles avec le COVID-19 mais ayant reçu un résultat négatif pour le COVID-19. ▪ Voyageurs (de retour au pays depuis moins de 14 jours) et contacts d'un cas confirmé de COVID-19, hospitalisés pour un diagnostic autre que le COVID-19. Un confinement au lit avec surveillance des symptômes doit être fait. Ces usagers ne doivent pas circuler dans l'établissement. <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps, peu importe le type de précautions additionnelles en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▪ Blouse à manches longues non stérile, à usage unique et jetable. L'usage d'une blouse lavable (à utilisation unique) peut être envisagé si les blouses jetables ne sont pas disponibles temporairement. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques, ex. : vomissement.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
<p>Précautions additionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. ■ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. ■ Restreindre au strict minimum le nombre de personnes présentes requis pour les soins de l'utilisateur dans la chambre. ■ Constituer des équipes dédiées aux soins des personnes avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de travailleurs de la santé pouvant être exposés. ■ Tenir un registre de tous les travailleurs de la santé entrant dans la chambre. ■ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'utilisateur. ■ Limiter les investigations le plus possible. <p>Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement) au besoin</p>
<p>Retrait de l'équipement de protection personnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est important d'éviter de contaminer les zones (ex. : sas ou corridor) en dehors et adjacentes à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'équipement de protection personnelle. ■ Ainsi, les gants, la blouse et la protection oculaire doivent être retirés dans la chambre juste avant de sortir. ■ Lors de précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact, procéder à l'hygiène des mains dès la sortie de la chambre, puis retirer l'appareil de protection respiratoire à l'extérieur de la chambre. Procéder de nouveau à l'hygiène des mains. ■ Lors de précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact, retirer le masque de procédure dans la chambre juste avant de sortir. ■ Le retrait de l'équipement doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du milieu de soins qui peuvent influencer sur le retrait sécuritaire de l'équipement afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises. ■ Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la page du CDC sur les recommandations intérimaires pour la prévention et le contrôle des personnes confirmées ou sous investigation pour le COVID-19 au : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/infection-control.html
<p>Hébergement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Placer l'utilisateur nécessitant des précautions additionnelles contre la transmission gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ■ Placer l'utilisateur nécessitant des précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. Dans cette situation, les travailleurs doivent utiliser un respirateur (masque) N95. L'utilisateur doit être placé prioritairement dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle. ■ À la levée des mesures, si des précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact sont en place, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle. Se référer aux normes de changements d'air, disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2436 ■ Possibilité de regroupement des cas confirmés. ■ Il existe des centres désignés pour l'hébergement des cas confirmés pour COVID-19. Le centre où est hébergé un cas qui vient d'être confirmé a la responsabilité de contacter le centre désigné afin de planifier le transfert.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Cohorte de cas sur une même unité de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si le transfert dans un centre désigné devient impossible en raison d'une augmentation massive du nombre de cas hospitalisés, une cohorte peut être constituée sur une même unité de soins. Seuls les usagers hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec le COVID-19 et ayant un résultat + doivent être hébergés dans une telle cohorte. Idéalement, prévoir une cohorte de cas en attente des résultats des tests de laboratoire. ▪ Les précautions additionnelles contre la transmission gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire sont requises avant l'entrée de tout travailleur sur cette unité : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Masque de procédure ▪ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▪ Blouse à manches longues non stérile, à usage unique et jetable. L'usage d'une blouse lavable (à utilisation unique) peut être envisagé si les blouses jetables ne sont pas disponibles temporairement. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques, ex. : vomissement. ▪ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. ▪ Dans le contexte de la pandémie, la blouse, le masque et la protection oculaire pourraient être conservés, si non visiblement souillés, pour les soins de plusieurs usagers à l'intérieur de la cohorte, selon les directives de l'équipe de prévention et contrôle des infections locales et les pratiques usuelles. Par contre, ceux-ci devraient être changés si contacts ou éclaboussures avec des liquides biologiques. ▪ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), l'équipement de protection individuelle doit être retiré suite aux soins. ▪ Les gants doivent être changés entre chaque usager et une hygiène des mains doit être effectuée. ▪ L'équipement de protection individuelle doit être retiré sur cette unité, près de la porte d'accès, juste avant de sortir. Procéder à l'hygiène des mains suite au retrait des gants et de la blouse, retirer ensuite le masque et la visière puis procéder à nouveau à l'hygiène des mains.
Durée des mesures	<p>Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Période d'au moins 14 jours après le début de la maladie aiguë (CIDRAP, 2020). ▪ Absence de fièvre depuis 48 heures. ▪ Absence de symptômes aigus depuis 24 heures. ▪ PCR négatif sur au moins deux échantillons respiratoires (ou selon recommandations de la DSPublique) consécutifs prélevés à 24 heures d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë. <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire pour une personne sous investigation, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le SARS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises. Se référer au document <i>Application des mesures de précautions additionnelles : Recommandations intérimaires</i>.</p> <p>Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat des tests PCR SARS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.</p> <p>Aviser la Direction de santé publique de la levée des précautions additionnelles.</p>

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ

<p>Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)</p>	<p>Les IMGA retenues sont, en autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intubation et extubation trachéales. ▪ Ventilation non invasive en pression positive via masque facial (ex. : BiPAP, CPAP). ▪ <i>Oxygénothérapie conventionnelle avec masque facial (ex. : Ventimask)*.</i> ▪ <i>Oxygénothérapie par voie nasale à haut débit (ex. : Optiflow)*.</i> ▪ Trachéotomie et soins de trachéotomie. ▪ Réanimation cardio-pulmonaire. ▪ Ventilation manuelle avant l'intubation. ▪ Bronchoscopie. ▪ <i>Gastroscopie*.</i> ▪ Laryngoscopie. ▪ Aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert chez un usager intubé ou trachéotomisé. ▪ Induction d'expectorations. ▪ Aspiration nasopharyngée chez les enfants. ▪ Autopsie. <p>* Ces interventions sont citées par certains groupes comme étant des IMGA. Toutefois, la littérature n'a pas été évaluée par le CINQ et la liste ci-dessus pourrait être appelée à changer suite à l'évaluation du CINQ.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de ces interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▪ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▪ Effectuer la procédure dans une chambre à pression négative. ▪ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux travailleurs de la santé expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. ▪ En plus de l'équipement de protection personnelle recommandé, porter une blouse imperméable à usage unique, jetable et à manches longues. <p>Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle.</p> <p>Si une salle à pression négative est difficile d'accès ou non disponible, certaines procédures telles que l'aspiration nasopharyngée chez les enfants et la gastroscopie peuvent être effectuées dans une salle régulière.</p> <p>Certaines procédures (comme traitement de nébulisation, drainage postural avec percussion (<i>clapping</i>) et ventilation oscillatoire à haute fréquence) n'ont pas été retenues par les membres du CINQ parce qu'il manque de données probantes permettant de prouver qu'elles génèrent des aérosols.</p> <p>L'écouvillonnage nasopharyngé chez l'adulte et l'enfant n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme procédures à risque d'augmenter la transmission du SARS-CoV-2.</p>
--	--

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Prélèvements et laboratoire	<p>Prélever les échantillons recommandés par le LSPQ et les transmettre selon les modalités prescrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les informations concernant les analyses de laboratoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/coronavirus-sars-cov-2/covid-19-detection-taan-sur-specimen-clinique
Manipulations des prélèvements	<p>Pour la manipulation des spécimens, se référer aux procédures générales locales du laboratoire de l'installation. À titre informatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Décontaminer l'extérieur des tubes de prélèvements avec le désinfectant habituellement utilisé. Identifier les tubes. Placer les tubes dans un sac pour spécimen biohazard. Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscire COVID-19 suspecté. Transporter les tubes directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser de systèmes pneumatiques pour le transport. Avisez le laboratoire de l'envoi. S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination. Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Transport de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'utilisateur lorsque cela est possible. Privilégier l'équipement de diagnostic portatif. Ex. : rayons X au lit, bronchoscopie, etc. Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'utilisateur doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen, le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. Mettre un drap sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Demander à l'utilisateur d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'ÉPI</i>) puis procéder à l'HDM. <ul style="list-style-type: none"> Mesures contre la transmission par gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire <ul style="list-style-type: none"> Masque de procédure Blouse à manches longues Gants Protection oculaire

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ

<p>Transport de l'usager</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port d'une protection oculaire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respirateur N-95 ▪ Blouse à manches longues ▪ Gants ▪ Protection oculaire ▪ Durant le transport, il doit revêtir un masque de procédure ou un respirateur N-95 selon le type de mesures en place, notamment si l'usager est incapable de porter un masque de procédure. ▪ Il peut être décidé localement de recommander le port d'ÉPI par le brancardier en tout temps lors du transport afin de simplifier ou d'harmoniser l'application de ces mesures par l'ensemble des travailleurs de la santé. ▪ S'assurer que les travailleurs de la santé du service receveur portent l'équipement de protection requis (masque de procédure ou respirateur N-95 selon le type de mesure en place, blouse, gants, protection oculaire) pendant toute la durée de la présence de l'usager. ▪ Suite au départ de l'usager, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle. ▪ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. Le masque de procédure ou le respirateur N-95 n'est pas nécessaire. Par contre, la blouse et les gants doivent être portés. ▪ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des travailleurs de la santé lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé). ▪ Lors du transfert d'un usager infecté vers un centre désigné, respecter les mêmes précautions additionnelles que celles en place dans le milieu de soins de départ.
<p>Gestion des visiteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restreindre le nombre de visiteurs à ceux requis pour des raisons humanitaires seulement. Les visiteurs doivent quitter la chambre lorsque des interventions médicales générant des aérosols sont effectuées. ▪ Procéder au triage des membres de la famille et visiteurs. Éviter autant que possible d'exposer une personne qui n'a pas déjà été exposée. ▪ S'assurer que les visiteurs ayant pu être en contact avec l'usager peuvent se déplacer pendant leur période de surveillance (isolement à domicile ou non selon les mesures qui leur ont été recommandées) et ne présentent pas de symptômes compatibles avec COVID-19. Si ceux-ci présentent des symptômes, ils doivent être considérés comme possiblement infectés et doivent être référés pour évaluation médicale. ▪ Informer les visiteurs sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▪ Aviser les visiteurs de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager. ▪ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles recommandées. Insister particulièrement sur l'HDM et sur le port du masque de procédure. ▪ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▪ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
<p>Bénévoles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suspendre les services offerts pour cet usager.

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Stagiaires, étudiants et résidents/externes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas admettre d'étudiants ou de stagiaires dans la chambre de l'usager. ▪ Les soins et les procédures à l'usager devraient être effectués uniquement par du personnel adéquatement qualifié. Seuls les résidents seniors expérimentés devraient être admis.
Hygiène et salubrité	<p>Il est important de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Porter l'ÉPI requis comme indiqué à l'entrée de la chambre (ou zone de soins) de l'usager pour l'entretien quotidien. ▪ Nettoyer et désinfecter : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au moins une fois par jour. ▪ Selon les procédures de l'établissement. ▪ Avec 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 (produit habituel ou solution chlorée). ▪ Porter une attention aux surfaces fréquemment touchées, qui doivent être nettoyées plus souvent. <p>À la cessation des précautions additionnelles ou au départ d'un usager symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si des précautions additionnelles de type aérienne/contact sont en place, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant de procéder à la désinfection. La protection respiratoire n'est plus requise après ce temps, mais la blouse et les gants doivent être conservés. Le décompte du temps d'attente débute lorsque le retrait des fournitures et de la literie (ex. : rideaux séparateurs, draps, etc.) a été effectué. ▪ Procéder au nettoyage et à la désinfection complets (surfaces <i>high touch</i> et <i>low touch</i>) de la salle de toilette et de la chambre. ▪ Changer les rideaux séparateurs. ▪ Jeter le matériel ne pouvant être désinfecté se trouvant dans la chambre et la salle de toilette de l'usager (y compris le papier de toilette). Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). Aucune particularité pour COVID-19.
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. ▪ Ne pas partager l'équipement de soins.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). Aucune particularité pour COVID-19.
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE SOUS INVESTIGATION OU D'UN CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ	
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précaution additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit recouverte d'un drap ou jusqu'à ce qu'elle soit disposée dans un linceul. ▪ Désinfecter l'extérieur du linceul avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▪ Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. La blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▪ Aviser la DSPublique avant de remettre les dépouilles à une entreprise funéraire, afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate. ▪ Procéder aux autopsies dans une pièce à pression négative et appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne/contact.
Formation	<p>Les travailleurs de la santé affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'identification d'un cas suspecté. ▪ Les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection personnelle requis.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées) etc.)
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.

DÉFINITIONS ET GESTION DES PERSONNES EXPOSÉES

<p>Exposition potentielle</p>	<p>Personne qui correspond à l'une ou l'autre des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailleur de la santé ayant fourni des soins à une personne ayant une infection confirmée sans avoir porté les ÉPI recommandés. ▪ Travailleurs de la santé ayant eu un contact direct avec les liquides biologiques infectieux (ex. : avoir reçu expectorations lors de toux, éternuement). ▪ Travailleurs de la santé ayant eu un contact étroit (à moins de 2 mètres) pour une période prolongée (≥ 10 minutes cumulées) avec une personne ayant une infection symptomatique confirmée pendant sa maladie alors que cette personne (malade) n'appliquait pas les mesures recommandées d'isolement ou que ce contact n'appliquait pas les mesures requises. ▪ Travailleurs de la santé ayant eu un contact direct avec les liquides biologiques infectieux (ex. : avoir reçu expectorations lors de toux, éternuement). ▪ Usager ayant reçu des soins dans la même pièce et à moins de 2 mètres d'un cas ou d'une personne sous investigation, sans protection appropriée. <p>L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition et le milieu où l'exposition s'est produite.</p> <p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des travailleurs de la santé, référer au document <i>Évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19</i>.</p>
<p>Prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition d'exposition potentielle</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance quotidienne des symptômes respiratoires et de la fièvre pendant les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas symptomatique. ▪ Des précautions contre la transmission par gouttelettes/contact doivent être mises en place auprès de ces usagers. ▪ Les déplacements de l'usager hors de sa chambre devraient être limités à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. ▪ Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre. ▪ L'usager exposé hospitalisé et ses visiteurs doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ▪ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, la DSPublique doit être informée. Elle pourra ainsi s'assurer que la surveillance des symptômes se poursuivra (surveillance active quotidienne) et que les mesures de prévention de l'infection seront appliquées où demeurera l'usager.

Références

Canadian Association of Gastroenterology. (2020) *COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities*. 16 mars 2020. Repéré au <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-Statement-COVID-&-Endoscopy.pdf>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim guidance for healthcare professionals*. Version 2020-02-02. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-03-07. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

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

Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-01-31. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-02-04. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>

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

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

Johns Hopkins center for health security (2020). *Fecal-oral transmission. Daily updates on the emerging novel coronavirus from the Johns Hopkins Center for Health Security, revue du 2020-02-02*. Pour s'inscrire : <http://www.centerforhealthsecurity.org/newsroom/newsletters/e-newsletter-sign-up.html>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-01-25. Repéré au [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 (OMS). (2020b). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report –35, 25 February 2020*. Repéré au https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200225-sitrep-36-covid-19.pdf?sfvrsn=2791b4e0_2

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020c). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 12 janvier 2020.

Wu, Zunyou et McGoogan, J.M. (2020). *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*, 24 février 2020.

COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : Recommandations intérimaires

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Suzanne Leroux
Josée Massicotte
Chantal Richard
Jasmin Villeneuve
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Leroux
Chantal Richard
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Institut national de santé publique du Québec

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 (2020)

N° de publication : 2906



COVID-19

Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

9 avril 2020
Version 6.0

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SARS-CoV-2 (COVID-19).

En date du 11 février 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait que l'appellation SARS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) sera dorénavant utilisée pour désigner le nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease 2019*) désignera l'infection causée par ce virus.

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 et l'application des précautions additionnelles appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection COVID-19 en milieu de soins aigus. Elle est basée sur les connaissances actuelles de la COVID-19, infection identifiée au départ dans la région de Wuhan en Chine. Ces recommandations sont issues des documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), et actualisées en fonction de celles émises par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus. Étant donné l'évolution des informations sur plusieurs aspects de la COVID-19, il apparaît justifié à ce moment-ci de moduler les recommandations émises antérieurement. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à assurer la sécurité du personnel et des usagers en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

Il est à noter que ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur la COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

Préparation à la réception d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

Informations sur le virus SARS-cov-2	
Voir la fiche <i>Caractéristiques épidémiologiques et cliniques du COVID-19</i> pour plus d'informations	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau international :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et http://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c88e37cfc43b4ed3baf977d77e4a0667 ▪ INSPQ: https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees ▪ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-coronavirus-covid-19.html
Mode de transmission	<p>Les données scientifiques et épidémiologiques actuelles indiquent que le mode de transmission du SARS-CoV-2 semble se faire de façon prédominante via les gouttelettes lors d'un contact étroit prolongé ou par contact direct avec les gouttelettes des sécrétions respiratoires lors de toux ou d'éternuements de la personne malade.</p> <p>De plus en plus de données épidémiologiques maintenant disponibles sur les cas répertoriés à travers le monde démontrent que la grande majorité des cas ont été liés à une transmission de personne à personne lors d'un contact étroit sans protection avec une personne présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 (WHO 2020). On ne connaît toutefois pas le rôle exact joué par les personnes asymptomatiques dans la transmission.</p> <p>La transmission semble se faire via le contact direct avec les muqueuses des voies respiratoires supérieures et des conjonctives. La proportion de transmission par contact indirect via les surfaces n'est pas bien connue.</p> <p>Toutefois, la transmission par voie aérienne opportuniste (fines gouttelettes de sécrétions respiratoires infectées aérosolisées particulièrement lors des interventions médicales générant des aérosols) n'est pas encore bien définie et selon les données scientifiques actuelles, les experts ne peuvent se prononcer sur l'exclusion d'une transmission par cette voie. La contribution possible d'une transmission par voie aérienne dans certaines conditions doit donc être prise en compte notamment afin de limiter la transmission en présence de cas admis dans les milieux de soins.</p> <p>Puisque des particules virales se retrouvent dans les selles, une transmission fécale-orale est aussi possible (Johns Hopkins, 2020).</p>
Définition de cas aux fins de surveillance	<p>Se référer à la définition publiée par l'ASPC disponible au https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html</p> <p>Et à la définition publiée par le MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/</p> <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des patients (ASPC, 2020).</p>

Mesures à appliquer en tout temps	
Affichage	<p>Renforcer l’affichage aux entrées de l’établissement utilisées par les travailleurs de la santé, les usagers, dans les aires d’attente du triage et du prétriage (si en place dans l’installation), la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▪ Promouvoir l’hygiène et l’étiquette respiratoires chez les usagers présentant de la fièvre ou de la toux. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2439 ▪ Identifier la zone d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▪ Restreindre les visites non essentielles. <p>Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/</p>
Pratiques de base	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L’hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les travailleurs de la santé, les usagers et les visiteurs. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438 ▪ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires.</i> ▪ Salubrité de l’environnement selon les procédures de l’établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada. <p>S’assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2442 ▪ Document Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
Travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est suggéré de trier quotidiennement les travailleurs de la santé de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne, lors de leur arrivée au travail, d’un registre attestant qu’ils sont asymptomatiques et qu’ils font l’autosurveillance des symptômes 2 fois/jour.)
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installer des affiches aux entrées et aux endroits stratégiques de l’installation pour inciter les usagers à s’identifier rapidement si présence de fièvre ou de symptômes compatibles avec la COVID-19 (voir section <i>Affichage</i>). ▪ Inviter les usagers présentant des symptômes d’infections respiratoires à porter un masque de procédure dès leur arrivée dans l’installation. ▪ S’assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l’identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▪ Connaître le risque au regard d’un voyage dans une zone à risque ou les autres expositions à risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se référer à l’outil de triage du MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mrsi/outil-de-triage.pdf

Prise en charge d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

Pour les recommandations en lien avec le port du masque, référer au document *Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue* :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19>

Mesures à appliquer en tout temps

Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2

Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :

Étape 1

Maintenir le port du masque de procédure pour l'utilisateur.

Placer l'utilisateur dans une pièce individuelle avec la porte fermée.

Étape 2

Référer au médecin de l'urgence en priorité pour évaluation.

Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :

Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

- d'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non).

Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- Lors de la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA).
- Pour les usagers à risque d'IMGA. Bien que les critères de sévérité ci-dessous puissent servir à déterminer quels patients ont besoin d'une admission en soins intensifs, ils peuvent aussi servir à potentiellement prédire qui évoluera vers une IMGA.

Adultes

- Fréquence respiratoire ≥ 24 /min ou détresse respiratoire aiguë.
- Besoin de > 4 L en oxygène (lunettes nasales ou VM) pour saturation ≥ 90 %.
- TA systolique < 90 mmHg malgré une réanimation liquidienne adéquate.
- Tout critère jugé sévère par le clinicien (ex. : altération de l'état de conscience).

Mesures à appliquer en tout temps

Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2

Enfants : Toux ou difficultés respiratoires avec au moins un des symptômes suivants (OMS, 2020c)

- Cyanose centrale ou saturation < 90 % à l'air ambiant.
- Détresse respiratoire sévère.
- Signes de pneumonie avec diminution marquée de l'état général (ex. : incapacité de boire, léthargie, perte de conscience, convulsions).
- Ces critères ne sont pas, par ailleurs, intimement liés à ce type de précautions additionnelles puisque par exemple, en soins de fin de vie, on n'appliquerait plus des précautions additionnelles aériennes/contact devant de tels critères, mais bien des précautions additionnelles gouttelettes/contact avec protection oculaire.
- Bien qu'une intubation est reconnue comme une IMGA et devrait donc être effectuée selon les modalités des précautions additionnelles aériennes/contact, une fois le patient intubé et le temps d'attente respecté pour éliminer 99,9 % des aérosols, il serait raisonnable, par la suite, de donner des soins en utilisant les précautions additionnelles gouttelettes/contact incluant le port de la protection oculaire si pas de risque d'extubation.

Étape 3 (Personne sous investigation qui nécessite une hospitalisation)

- Informer le microbiologiste-infectiologue de garde ou l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) selon les modalités prévues localement.
- Limiter les investigations le plus possible. Prioriser celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19.

Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire.

Mesures à appliquer pour une personne sous investigation ou un cas probable ou confirmé hospitalisé

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

Précautions additionnelles

Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager.

Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et avec IMGA ou à risque d'IMGA (section *Interventions médicales générant des aérosols*).

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 : il est possible de considérer des précautions additionnelles gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire.

Cette mesure est déconseillée pour tout usager ou circonstance de soins où il y a un risque majeur de déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale, bain au lit, transport d'un usager intubé). Pour l'usager intubé aux USI dont les précautions additionnelles sont gouttelettes-contact incluant le port de la protection oculaire, le maintien en chambre à pression négative est justifié pour pallier à ces risques de déconnection du circuit de ventilation et lors du processus d'éveil et d'extubation planifiés.

Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

- Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19, non à risque d'IMGA (à évaluer selon les critères mentionnés dans la section *Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2*).
- Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie).
- Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat + pour le COVID-19 (cas non sévères et qui ne nécessitent pas d'IMGA). Si une IMGA doit être réalisée, des précautions additionnelles aériennes-contact incluant une protection oculaire doivent être instaurées.

Précautions additionnelles gouttelettes-contact

- Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire.

Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales

- Usager asymptomatique de retour de voyage depuis moins de 14 jours ou qui est un contact d'un cas confirmé de COVID-19, et hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19.

Aucune précaution additionnelle (pratiques de base)

- Notamment, usager asymptomatique et hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19, et ayant eu un contact avec une personne de retour de voyage qui est asymptomatique.

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

Précautions additionnelles

- Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps, peu importe le type de précautions additionnelles en place :
- Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.
 - Blouse à manches longues non stérile, à usage unique et jetable. L'usage d'une blouse lavable (à utilisation unique) peut être envisagé si les blouses jetables ne sont pas disponibles temporairement. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques, ex. : vomissement.
 - Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets.
 - S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.
 - Restreindre au strict minimum le nombre de personnes présentes requis pour les soins de l'usager dans la chambre.
 - Constituer des équipes dédiées aux soins des personnes avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de travailleurs de la santé pouvant être exposés.
 - Tenir un registre de tous les travailleurs de la santé entrant dans la chambre.
 - Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager.
 - Limiter les investigations le plus possible.

Effectuer **des formations** et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement)

Retrait de l'équipement de protection personnelle

Il est important d'éviter de contaminer les zones (antichambre ou corridor) en dehors et adjacentes à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'équipement de protection personnelle.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire : Le retrait s'exécute dans la chambre de l'usager juste avant de sortir.

- 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 réaliser l'hygiène des mains.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire :

- Dans la chambre, retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains.
- Retirer la protection oculaire, effectuer à nouveau l'hygiène des mains puis sortir de la chambre avec le respirateur N95.
- Pour terminer, dès la sortie de la chambre (soit dans l'antichambre si présente ou dans le corridor) retirer le respirateur N95 puis réaliser l'hygiène des mains.

Le retrait de l'équipement 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'équipement afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises.

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.

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé	
Hébergement	<p>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). Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. Dans cette situation, les travailleurs doivent utiliser un respirateur N95. <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Placer l'usager dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). Possibilité de regroupement des cas confirmés (voir section Cohorte de cas sur une même unité de soins).
Durée des mesures	<p>Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles : <ul style="list-style-type: none"> Période d'au moins 14 jours après le début de la maladie aiguë (CIDRAP, 2020) ou 21 jours pour les usagers sous corticostéroïdes, les immunodéprimés et ceux aux soins intensifs (Lombardi, 2020). Absence de fièvre depuis 48 heures. Absence de symptômes aigus depuis 24 heures. PCR négatif sur au moins deux échantillons respiratoires consécutifs prélevés à 24 heures d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë. <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire pour une personne sous investigation, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le SARS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises.</p> <p>Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat des tests PCR SARS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.</p>
Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	<p>En raison de l'impact qu'une IMGA entraîne sur le type d'équipement de protection individuelle (ÉPI) requis, notamment le port du respirateur N95, sur l'accès à une chambre à pression négative de même qu'à des salles dédiées COVID-19 au bloc opératoire, le CINQ propose, en regard des travaux de l'UETMIS, une gradation du risque pour les IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes/contact incluant une protection oculaire. Les IMGA à risque incertain ou non documenté et à risque peu probable, nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes/contact incluant protection oculaire, mais une évaluation du risque d'aérosolisation au cas par cas (par type d'IMGA) doit être faite localement. <p>Il est important de rappeler que la chambre pression a pour but d'empêcher l'aérosolisation à l'extérieur de la chambre et non de protéger les travailleurs de la santé.</p> <p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer au document <i>Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)</i> réalisé par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19</p>

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé	
<p>Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)</p>	<p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▪ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▪ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux travailleurs de la santé expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. ▪ En plus de l'équipement de protection personnelle recommandé, porter une blouse imperméable à usage unique, jetable et à manches longues. <p>Suite à une IMGA, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle.</p>
<p>Usager suspecté ou confirmé COVID-19 au bloc opératoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au niveau PCI, un test PCR chez un usager asymptomatique en préopératoire n'est pas recommandé puisque les recommandations pour le bloc opératoire s'appliquent uniquement pour les cas suspects ou confirmés de COVID-19. ▪ Les informations concernant les recommandations pour un usager suspecté ou confirmé de COVID-19 qui doit fréquenter le bloc opératoire sont disponibles au : https://www.inspq.gc.ca/publications/2922-salle-operation-covid19
<p>Prélèvements et laboratoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les informations concernant les analyses de laboratoire sont disponibles au : https://www.inspq.gc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/coronavirus-sars-cov-2covid-19-detection-taan-sur-specimen-clinique
<p>Manipulations des prélèvements</p>	<p>Pour la manipulation des spécimens, se référer aux procédures générales locales du laboratoire de l'installation. À titre informatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les tubes. ▪ Placer les tubes dans un sac pour spécimen biohazard. ▪ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscire COVID-19 suspecté. ▪ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser de systèmes pneumatiques pour le transport. ▪ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination. ▪ Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

Transport de l'usager

- Limiter les déplacements de l'usager à l'extérieur de la chambre.
 - Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'usager lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.)
 - Les consultants doivent venir rencontrer l'usager à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé.
- Si un déplacement est requis :
- L'usager doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen, le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre.
 - Mettre un drap sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Demander à l'usager d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin.
 - Aviser le service receveur que l'usager requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique.
 - Si le brancardier aide à l'installation de l'usager avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'usager, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section *Retrait de l'ÉPI*) puis procéder à l'HDM.
 - Durant le transport, il doit revêtir un masque de procédure ou un respirateur N95 selon le type de mesures en place, notamment si l'usager est incapable de porter un masque de procédure. Il peut être décidé localement de recommander le port d'ÉPI par le brancardier en tout temps lors du transport afin de simplifier ou d'harmoniser l'application de ces mesures par l'ensemble des travailleurs de la santé.
 - **Si usager intubé et risque de déconnexion du circuit de ventilation durant le transport, envisager le port du respirateur N95.**
 - S'assurer que les travailleurs de la santé du service receveur portent l'équipement de protection requis (masque de procédure ou respirateur N95 selon le type de mesure en place, blouse, gants, protection oculaire) pendant toute la durée de la présence de l'usager.
 - Suite au départ de l'usager de la salle de consultation ou d'examen, si celui-ci est en précautions additionnelles aériennes/contact ou si une IMGA a été réalisée, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle.
 - Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. Le masque de procédure ou le respirateur N95 n'est pas nécessaire. Par contre, la blouse et les gants doivent être portés.
 - Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des travailleurs de la santé lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé).
 - Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'usager immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé	
Transfert interétablissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors du transfert d'un cas suspect ou confirmé, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre les consignes gouvernementales pour l'accès aux visiteurs et la limitation des visites. ▪ Procéder au triage du visiteur. Éviter autant que possible d'exposer une personne qui n'a pas déjà été exposée. ▪ S'assurer que le visiteur ayant pu être en contact avec l'usager peut se déplacer pendant la période de surveillance (isolement à domicile ou non selon les mesures qui leur ont été recommandées) et ne présente pas de symptômes compatibles avec COVID-19. Si ceux-ci présentent des symptômes, ils doivent être considérés comme possiblement infectés et doivent être référés pour évaluation médicale. ▪ Informer le visiteur sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▪ Aviser le visiteur de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager. ▪ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles recommandées. Hygiène des mains rigoureuse et le port du masque de procédure. Si le visiteur ne respecte pas les consignes, il devra être retiré de la chambre. ▪ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▪ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
Bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suspendre les services offerts.
Stagiaires/étudiants et résidents/externes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se référer aux politiques gouvernementales et aux politiques des établissements d'enseignement.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS. <p>Désinfection quotidienne</p> <p>https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002508/?&date=DESC https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002507/?&date=DESC</p> <p>Désinfection terminale</p> <p>https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002510/?&date=DESC https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002509/?&date=DESC</p>
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Désinfection quotidienne des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins qui sont dans la chambre de l'usager. ▪ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. ▪ Ne pas partager l'équipement de soins.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). ▪ Aucune particularité pour COVID-19.
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé	
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> Appliquer les pratiques de base et les mesures de précaution additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul. Désinfecter l'extérieur du linceul avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : RCR), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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 contre la transmission par voie aérienne/contact Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée et au document https://www.inspq.qc.ca/publications/2913-mesures-services-funeraires-covid19
Formation	<p>Les travailleurs de la santé affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'identification d'un cas suspecté. Les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection personnelle requis.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), etc.)
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.
Définitions et gestion des personnes exposées	
Exposition potentielle travailleurs de la santé	<p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des travailleurs de la santé, référer au document <i>Évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19</i>. https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-evaluation-risque-travailleurs-covid19</p>
Exposition potentielle usagers hospitalisés	<ul style="list-style-type: none"> Usager ayant reçu des soins dans la même pièce et à moins de 2 mètres d'un cas ou d'une personne sous investigation, sans protection appropriée. <p>L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition et le milieu où l'exposition s'est produite.</p>
Prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition d'exposition potentielle	<ul style="list-style-type: none"> Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes/contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19 pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas symptomatique. Les déplacements de l'usager hors de sa chambre doivent être limités à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre. L'usager exposé hospitalisé doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, la DSPublique doit être informée. Elle pourra ainsi s'assurer que la surveillance des symptômes se poursuivra (surveillance active quotidienne) et que les mesures de prévention de l'infection seront appliquées où demeurera l'usager.

Mesures à appliquer pour plusieurs personnes sous investigation ou plusieurs cas probables ou confirmés hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohorte de cas sur une même unité de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si le transfert dans un centre désigné devient impossible en raison d'une augmentation massive du nombre de cas hospitalisés, une cohorte peut être constituée sur une même unité de soins. Seuls les usagers hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et ayant un résultat positif doivent être hébergés dans une telle cohorte (zone rouge ou chaude). ▪ Éviter de mettre un cas suspect COVID-19 dans une cohorte de cas confirmés COVID-19 avant la confirmation de son diagnostic (zone jaune ou tiède). Une zone verte ou froide devrait contenir que des usagers asymptomatiques (ex. : nouvelle admission pour diagnostic autre que COVID-19). ▪ Les autres usagers (ex. : asymptomatiques, nouvelles admissions) devraient être cohortés dans une zone verte ou froide. ▪ Dans le contexte de pandémie et dans le cas où plusieurs cas confirmés COVID-19 sont hospitalisés sur la même unité, il existe différentes possibilités de cohortage (p. ex. cohorte d'une section de l'unité, cohorte à la chambre, cohorte extensionnée avec chambre et corridor) selon les modalités de l'installation et à valider avec l'équipe PCI locale : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blouse, masque et protection oculaire : possibilité de conserver entre les cas si non visiblement souillés (à évaluer avec l'équipe de PCI locale en fonction du type de cohorte). ▪ Gants à changer entre chaque usager avec hygiène des mains. ▪ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), l'équipement de protection individuelle doit être retiré suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. ▪ Dédier les équipements de soins à la cohorte le plus possible. Si l'équipement doit sortir de la cohorte, il doit être désinfecté avec une lingette désinfectante avant la sortie de la cohorte. ▪ Dédier, durant tout le quart de travail et dans la mesure du possible, le travailleur de la santé uniquement à la cohorte (ex. : un préposé aux bénéficiaires ne devrait pas travailler dans la cohorte et sur le reste de l'unité ou une autre unité). ▪ Les professionnels de la santé, les infirmières auxiliaires, les infirmières et les médecins qui effectuent des tournées sur cette unité doivent débiter par les zones froides, suivi des zones tièdes et terminer par les zones chaudes.
<p>Hygiène et salubrité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instaurer de la plurifréquence des surfaces fréquemment touchées (chambres et aires communes).
<p>Équipement de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instaurer de la plurifréquence des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins.

Mesures de prévention et contrôle des infections à ajouter dès qu'une écloison est suspectée ou confirmée

Définition écloison	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence de deux cas nosocomiaux chez les usagers en 14 jours avec lien épidémiologique selon le résultat de l'enquête épidémiologique. ▪ L'enquête épidémiologique devrait déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins. ▪ L'écloison peut aussi considérer les travailleurs de la santé si un lien épidémiologique est établi.
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre quotidiennement l'ampleur de l'écloison (ou des cas) et de son évolution.
Hébergement / cohorte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regrouper les usagers selon les recommandations du MSSS (zone rouge ou chaude, zone jaune ou tiède, zone verte ou froide). ▪ Regrouper géographiquement (cohorte) les usagers COVID-19 confirmés. ▪ Éviter de mettre un cas suspect COVID-19 dans une cohorte de cas confirmés COVID-19 avant la confirmation de son diagnostic. ▪ Les autres usagers (ex. : asymptomatiques, nouvelles admissions) devraient être cohortés dans une zone verte ou froide. ▪ Si deux cas suspects ou contacts étroits sont placés dans la même chambre, garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette dédiés (ou chaise d'aisance dédiée). ▪ Dans le contexte de pandémie et dans le cas où plusieurs cas confirmés COVID-19 sont hospitalisés sur la même unité, il existe différentes possibilités de cohortage (p. ex. cohorte d'une section de l'unité, cohorte à la chambre, cohorte extensionnée avec chambre et corridor) selon les modalités de l'installation et à valider avec l'équipe PCI locale : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blouse, masque et protection oculaire : possibilité de conserver entre les cas si non visiblement souillés (à évaluer avec l'équipe de PCI locale en fonction du type de cohorte). ▪ Gants à changer entre chaque usager avec hygiène des mains.
Transfert interétablissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors du transfert d'un usager de l'unité en écloison, aviser le centre receveur de l'écloison en cours.
Contacts étroits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition : tout usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19, mais n'ayant pas de symptômes (si l'usager présente des symptômes compatibles avec la COVID-19, il est considéré comme un cas suspect et les mesures de cas suspect s'appliquent). ▪ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes/contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19 pendant les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas symptomatique. ▪ Faire une recherche de contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins. ▪ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contact étroit. Éviter de cohorter ces cas avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ni avec les cas confirmés. ▪ Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition: cesser les précautions requises. ▪ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les directives locales.

<p>Contacts élargis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition : tout usager séjournant sur l'unité de soins en éclosion. ▪ Aucune précaution additionnelle requise, respecter les pratiques de base. Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme celles des contacts étroits. ▪ Surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 et prise de la température deux fois par jour jusqu'à 14 jours pour la durée de l'éclosion.
<p>Dépistage élargi des usagers d'une unité en éclosion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envisager le dépistage de tous les usagers d'une unité en éclosion selon l'analyse de l'épidémiologie locale et si ce dépistage est requis pour modifier les mesures de PCI sur cette unité.
<p>Mesures concernant les nouvelles admissions/suspension des admission/fermeture d'unité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre les directives gouvernementales.
<p>Gestion des travailleurs de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si regroupement de cas (cohorte), prévoir une équipe dédiée et formée aux meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections, pour travailler de façon exclusive auprès de ces cas. Ceci permettra une utilisation efficace des équipements de protection individuelle (ÉPI). ▪ Si aucun regroupement de cas, mais présence de plus d'un cas sur l'unité, attirer un travailleur de la santé aux personnes atteintes. ▪ Rehausser le nombre de travailleurs dans l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de prévention et contrôle. Ceci inclut les préposés et les travailleurs attirés à l'hygiène et à la salubrité. ▪ Assurer la présence uniquement des travailleurs de la santé nécessaire au fonctionnement de l'unité. ▪ Ne pas autoriser le déplacement de travailleurs de la santé entre les unités de soins. ▪ Retirer immédiatement du milieu de travail toute personne qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19. Procéder à un test de diagnostic de la COVID-19. Une évaluation par une autorité compétente est requise pour déterminer si le travailleur peut se présenter ou non au travail selon les procédures de l'établissement.
<p>Équipements de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipement de soins et matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité. ▪ En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) dans les différentes cohortes de l'unité : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Après l'utilisation, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements. ▪ Nettoyer et désinfecter quotidiennement les équipements (appareils multifonctions, matériel électronique ou informatique, les fauteuils roulants, le lève-personne, etc.) en circulation sur l'unité en éclosion, en plus de la désinfection entre chaque usager. Désigner un travailleur pour cette tâche qui doit être faite avec un produit reconnu efficace. Identifier l'équipement suite à la désinfection.
<p>Comité de gestion d'éclosion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instaurer une cellule de coordination (chef d'unité, conseillère PCI, responsable d'hygiène et salubrité de l'unité) sur l'unité touchée afin de s'assurer d'une communication efficace pour implanter l'ensemble des mesures pour circonscrire rapidement l'éclosion. ▪ Activer le comité de gestion d'éclosion selon ce qui a été prévu localement. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins.
<p>Direction de la santé publique (DSPu)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le service de PCI signale à la direction de santé publique l'éclosion selon les modalités régionales.

Mesures de prévention et contrôle des infections en fin d'éclosion

Fin de l'éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'éclosion est terminée 28 jours (la somme de deux périodes d'incubation du virus) après l'apparition des premiers symptômes (ou date du diagnostic) chez le dernier cas relié à l'éclosion.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nettoyer et désinfecter les objets de l'unité touchés et manipulés incluant le matériel médical (appareils multiparamétriques, lève-personne, matériel électronique et informatique, etc.) avant la réouverture de l'unité. Désigner une personne responsable de cette tâche. ▪ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste des infirmières et des médecins, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.). ▪ Lors de la réouverture d'une section d'unité post-éclosion, nettoyer et désinfecter toutes les chambres de cette section.
Direction de la santé publique (DSPu)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signaler la fin des éclosions en fonction des modalités régionales établies. ▪ La DSPublique transmet les informations requises au niveau provincial.
Suivi et bilan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre la surveillance active de nouveaux cas chez les usagers et les travailleurs de la santé pour la période d'activité de la COVID-19. ▪ Effectuer un retour (post mortem) en comité de gestion d'éclosion afin d'identifier les interventions positives et les opportunités d'amélioration et d'évaluer le processus de gestion. ▪ Élaborer un rapport de l'éclosion : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'établissement. ▪ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Références

Canadian Association of Gastroenterology. (2020) *COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities*. 16 mars 2020. Repéré au <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-Statement-COVID-&-Endoscopy.pdf>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim guidance for healthcare professionals*. Version 2020-02-02. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-03-07. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

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

Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-01-31. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-02-04. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisaires-etablissements-soins-actifs.html>

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

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

Johns Hopkins center for health security (2020). *Fecal-oral transmission. Daily updates on the emerging novel coronavirus from the Johns Hopkins Center for Health Security, revue du 2020-02-02*. Pour s'inscrire : <http://www.centerforhealthsecurity.org/newsroom/newsletters/e-newsletter-sign-up.html>

Lombardi, A., Bozzi, G., Mangioni, D., Muscatello, A., Peri, A.M. et al. (2020). Duration of quarantine in hospitalized patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Journal of hospital infection*.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-01-25. Repéré au [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 (OMS). (2020b). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report –35, 25 February 2020*. Repéré au https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200225-sitrep-36-covid-19.pdf?sfvrsn=2791b4e0_2

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020c). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 12 January 2020.

Wu, Zunyou et McGoogan, J.M. (2020). 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*, 24 février 2020.

COVID-19

Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Suzanne Leroux
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Chantal Richard
Jasmin Villeneuve
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Leroux
Chantal Richard
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Institut national de santé publique du Québec

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.

Dépôt légal – X trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-XXXX (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication :

COVID-19 Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

11 mai 2020
Version 7.0

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SARS-CoV-2.

En date du 11 février 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait que l'appellation SARS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) sera dorénavant utilisée pour désigner le nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease 2019*) désignera l'infection causée par ce virus.

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 et l'application des précautions additionnelles appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection **secondaire à la COVID-19** en milieu de soins aigus. Elle est basée sur les connaissances actuelles de la COVID-19, infection identifiée au départ dans la région de Wuhan en Chine. Ces recommandations sont issues des documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), et actualisées en fonction de celles émises par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus. Étant donné l'évolution des informations sur plusieurs aspects de la COVID-19, il apparaît justifié à ce moment-ci de moduler les recommandations émises antérieurement. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à assurer la sécurité du personnel et des usagers en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

Il est à noter que ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur la COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

Préparation à la réception d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

Informations sur le virus SARS-cov-2	
<p>Voir la fiche <i>Caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la COVID-19</i> pour plus d'informations https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19</p>	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau international :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et http://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c88e37cfc43b4ed3baf977d77e4a0667 ▪ INSPQ: https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees ▪ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-coronavirus-covid-19.html
Mode de transmission	<p>Les données scientifiques et épidémiologiques actuelles indiquent que le mode de transmission du SARS-CoV-2 semble se faire de façon prédominante via les gouttelettes lors d'un contact étroit prolongé ou par contact direct avec les gouttelettes des sécrétions respiratoires lors de toux ou d'éternuements de la personne malade.</p> <p>De plus en plus de données épidémiologiques maintenant disponibles sur les cas répertoriés à travers le monde démontrent que la grande majorité des cas ont été liés à une transmission de personne à personne lors d'un contact étroit sans protection avec une personne présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 (WHO, 2020).</p> <p>La transmission semble se faire via le contact direct avec les muqueuses des voies respiratoires supérieures et des conjonctives. Toutefois, la contribution de la transmission via le contact direct avec les muqueuses des conjonctives semble moindre. La proportion de transmission par contact indirect via les surfaces n'est pas bien connue.</p> <p>On ne connaît pas le rôle exact joué par les personnes présymptomatiques ou asymptomatiques ni dans quelle proportion elles transmettent le virus. Les personnes présymptomatiques sont réputées développer des symptômes de 2 à 7 jours après qu'un test les ait identifiés SARS-CoV2 positif. Des études démontrent une possible transmission jusqu'à 2 à 3 jours avant l'apparition des symptômes (He, 2020). Il y existe des personnes qui demeurent asymptomatiques sans développer de symptômes et aucune donnée précise n'est disponible pour ce type de personnes.</p> <p>Toutefois, la transmission par voie aérienne opportuniste (fines gouttelettes de sécrétions respiratoires infectées aérosolisées particulièrement lors des interventions médicales générant des aérosols) n'est pas encore bien définie et selon les données scientifiques actuelles, les experts ne peuvent se prononcer sur l'exclusion d'une transmission par cette voie. La contribution possible d'une transmission par voie aérienne dans certaines conditions doit donc être prise en compte notamment afin de limiter la transmission en présence de cas admis dans les milieux de soins.</p> <p>Puisque des particules virales se retrouvent dans les selles, une transmission fécale-orale n'est pas exclue mais apparaît moins probable (Wolfel, 2020 ; Johns Hopkins, 2020).</p>
Définition de cas aux fins de surveillance	<p>La COVID-19 est sur la liste des Maladies à déclaration obligatoire.</p> <p>Se référer à la définition de cas au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/definition-nosologique-COVID-19-020-04-08.pdf</p> <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des patients.</p>

Mesures à appliquer en tout temps	
Affichage	<p>Renforcer l’affichage aux entrées de l’établissement utilisées par les travailleurs de la santé, les usagers, dans les aires d’attente du triage et du prétriage (si en place dans l’installation), la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▪ Promouvoir l’hygiène et l’étiquette respiratoires chez les usagers présentant de la fièvre ou de la toux ou tout symptôme compatible avec la COVID-19. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2439 ▪ Identifier la zone d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▪ Restreindre les visites non essentielles. <p>Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/</p>
Pratiques de base	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L’hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les travailleurs de la santé, les usagers et les visiteurs. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438 ▪ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i>. ▪ Salubrité de l’environnement selon les procédures de l’établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada. <p>S’assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2442 ▪ Document <i>Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installer des affiches aux entrées et aux endroits stratégiques de l’installation pour inciter les usagers à s’identifier rapidement si présence de fièvre ou de symptômes compatibles avec la COVID-19 (voir section <i>Affichage</i>). ▪ Inviter les usagers présentant des symptômes d’infections respiratoires ou tout symptôme compatible avec la COVID-19 à porter un masque de procédure dès leur arrivée dans l’installation. ▪ S’assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l’identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▪ Connaître le risque au regard d’un voyage dans une zone à risque ou les autres expositions à risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se référer à l’outil de triage du MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mrsi/outil-de-triage.pdf

Prise en charge d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

Pour les recommandations en lien avec le port du masque, référer au document *Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue* :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19>

Mesures à appliquer en tout temps

Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2

Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :

Étape 1

Maintenir le port du masque de procédure pour l'utilisateur. Si l'utilisateur porte un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque de procédure.

Placer l'utilisateur dans une pièce individuelle avec la porte fermée ou prévoir une salle d'attente dédiée réservée strictement aux usagers suspectés COVID-19.

Étape 2

Référer au médecin de l'urgence en priorité pour évaluation.

Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :

Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

- D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non).

Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- Lors de la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA).
- Pour les usagers à risque d'IMGA. Bien que les critères de sévérité ci-dessous puissent servir à déterminer quels usagers ont besoin d'une admission en soins intensifs, ils peuvent aussi servir à potentiellement prédire qui évoluera vers une IMGA.

Adultes

- Fréquence respiratoire ≥ 24 /min ou détresse respiratoire aiguë.
- Besoin de > 4 L en oxygène (lunettes nasales ou VM) pour une saturation ≥ 90 %.
- TA systolique < 90 mmHg malgré une réanimation liquidienne adéquate.
- Tout critère jugé sévère par le clinicien (ex. : altération de l'état de conscience).

Enfants : Toux ou difficultés respiratoires avec au moins un des symptômes suivants (OMS, 2020c)

- Cyanose centrale ou saturation < 90 % à l'air ambiant.
- Détresse respiratoire sévère.
- Signes de pneumonie avec diminution marquée de l'état général (ex. : incapacité de boire, léthargie, perte de conscience, convulsions).

Mesures à appliquer en tout temps**Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2**

- Ces critères ne sont pas, par ailleurs, intimement liés à ce type de précautions additionnelles puisque par exemple, en soins de fin de vie, on n'appliquerait plus des précautions additionnelles aériennes/contact devant de tels critères, mais bien des précautions additionnelles gouttelettes/contact avec protection oculaire.
- Bien qu'une intubation est reconnue comme une IMGA et devrait donc être effectuée selon les modalités des précautions additionnelles aériennes/contact, une fois l'usager intubé et le temps d'attente respecté pour éliminer 99,9 % des aérosols, il serait raisonnable, par la suite, de donner des soins en utilisant les précautions additionnelles gouttelettes/contact incluant le port de la protection oculaire si pas de risque de déconnexion du circuit de ventilation.

Étape 3 (Personne sous investigation qui nécessite une hospitalisation)

- Informer le microbiologiste-infectiologue de garde ou l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) selon les modalités prévues localement.
- Limiter les investigations le plus possible. Prioriser celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19.

Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire.

Mesures à appliquer pour une personne sous investigation ou un cas probable ou confirmé hospitalisé

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

Précautions additionnelles

Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager.

Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et avec IMGA ou à risque d'IMGA (section *Interventions médicales générant des aérosols*).

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 : il est possible de considérer des précautions additionnelles gouttelettes/contact incluant le port d'une protection oculaire.

Cette mesure est déconseillée pour tout usager ou circonstance de soins où il y a un risque majeur de déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale, bain au lit, transport d'un usager intubé). Pour l'usager intubé aux USI dont les précautions additionnelles sont gouttelettes-contact incluant le port de la protection oculaire, le maintien en chambre à pression négative est justifié pour pallier à ces risques de déconnection du circuit de ventilation et lors du processus d'éveil et d'extubation planifiés.

Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

- Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19, non à risque d'IMGA (à évaluer selon les critères mentionnés dans la section *Prise en charge rapide des personnes pouvant être infectées par le SARS-CoV-2*).
- Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie).
- Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat + pour le COVID-19 (cas non sévères et qui ne nécessitent pas d'IMGA). Si une IMGA doit être réalisée, des précautions additionnelles aériennes-contact incluant une protection oculaire doivent être instaurées.

Précautions additionnelles gouttelettes-contact

- Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire.

Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales

- Usager asymptomatique de retour de voyage depuis moins de 14 jours ou qui est un contact d'un cas **suspect ou** confirmé de COVID-19 (ex. : **usager qui provient d'un milieu en éclosion**), et hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19.

Aucune précaution additionnelle (pratiques de base)

- Notamment, usager asymptomatique et hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19, et ayant eu un contact avec une personne de retour de voyage qui est asymptomatique.

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé	
Équipements de protection individuelle	<p>Équipements de protection individuelle requis sans IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blouse de protection à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales de l'installation. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques. ▪ Masque de procédure ou chirurgical à usage unique. ▪ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▪ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. <p>Équipements de protection individuelle requis avec IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales de l'installation. ▪ Respirateur N95 lors de la réalisation d'une IMGA. ▪ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices), privilégier l'écran facial. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▪ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. ▪ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement) ▪ En cas de pénurie d'ÉPI, référer aux documents en lien avec la pénurie, la réutilisation et le retraitement dans la section ÉPI et RDM : https://www.inspq.gc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections
Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Il est important d'éviter de contaminer les zones (antichambre ou corridor) en dehors et adjacentes à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'équipement de protection personnelle.</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>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire : Le retrait s'exécute dans la chambre de l'usager juste avant de sortir.</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"> ▪ Dans la chambre, retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains. ▪ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains. ▪ Retirer la protection oculaire, effectuer à nouveau l'hygiène des mains puis sortir de la chambre avec le respirateur N95. ▪ Pour terminer, dès la sortie de la chambre (soit dans l'antichambre si présente ou dans le corridor), retirer le respirateur N95 puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. <p>Le retrait de l'équipement 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'équipement afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises.</p>

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

<p>Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)</p>	<p>En raison de l'impact qu'une IMGA entraîne sur le type d'équipement de protection individuelle (ÉPI) requis, notamment le port du respirateur N95, sur l'accès à une chambre à pression négative de même qu'à des salles dédiées COVID-19 au bloc opératoire, le CINQ propose, en regard des travaux de l'UETMIS, une gradation du risque pour les IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes/contact incluant une protection oculaire. ▪ Les IMGA à risque incertain ou non documenté et à risque peu probable, nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes/contact incluant protection oculaire, mais une évaluation du risque de production d'aérosols infectieux au cas par cas et par type d'IMGA doit être faite localement. <p>Il est important de rappeler que la chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre et ainsi, protéger les usagers et les travailleurs de la santé qui se trouvent à l'extérieur de la chambre.</p> <p>La décision d'utiliser un respirateur N95 doit être prise en fonction de l'intervention réalisée et non de la charge virale de l'usager.</p> <p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer aux documents <i>Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)</i> basés sur les travaux de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec. https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-control-des-infections</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▪ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▪ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux travailleurs de la santé expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle.</p>
<p>Hébergement</p>	<p>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). ▪ Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Placer l'usager dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▪ Possibilité de regroupement des cas confirmés (voir section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>).

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé	
<p>Durée des mesures</p>	<p>Présentement, il existe très peu d'articles scientifiques qui ont étudié la contagiosité en lien avec la culture virale du SARS-CoV-2. Une étude a été répertoriée (n=9) et celle-ci faisait état de l'absence du virus après 9 jours du début des symptômes (Wolfel, 2020). Par prudence et puisque cette étude présente un petit dénominateur, les critères mentionnés dans cette section sont maintenus pour la levée des précautions additionnelles.</p> <p>Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Période d'au moins 14 jours après le début des symptômes (CIDRAP, 2020) ou 21 jours pour les usagers sous corticostéroïdes, les immunodéprimés et ceux aux soins intensifs (Lombardi, 2020). ▪ Absence de fièvre depuis 48 heures. ▪ Absence de symptômes aigus (sauf toux ou anosmie résiduelle (INESSS, 2020)) depuis 24 heures. ▪ PCR négatif sur au moins deux échantillons respiratoires consécutifs prélevés à ≥ 24 heures. Si le test revient positif, il est recommandé d'attendre minimum 48 à 72 heures avant de répéter le test. <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire pour une personne sous investigation, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le SARS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises.</p> <p>Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat des tests PCR SARS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.</p>
<p>Usager suspecté ou confirmé COVID-19 au bloc opératoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au niveau PCI, un test PCR chez un usager asymptomatique en préopératoire n'est pas recommandé, car la valeur prédictive négative (VPN) du test est basse chez l'usager asymptomatique. <p>Les informations concernant les recommandations pour un usager suspecté ou confirmé de COVID-19 qui doit fréquenter le bloc opératoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2922-salle-operation-covid19</p>
<p>Prélèvements et laboratoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les informations concernant les analyses de laboratoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/coronavirus-sars-cov-2covid-19-detection-taan-sur-specimen-clinique ▪ Le test pour la COVID-19 doit être effectué minimalement 48 heures post début des symptômes.
<p>Manipulations des prélèvements</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscire COVID-19 suspecté. ▪ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser de systèmes pneumatiques pour le transport. ▪ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination. ▪ Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé

<p>Transport de l'utilisateur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter les investigations dans la mesure du possible. ▪ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▪ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre de l'utilisateur lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.) ▪ Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisateur doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen, le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. ▪ Mettre un drap sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Demander à l'utilisateur d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▪ Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▪ Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'ÉPI</i>) puis procéder à l'HDM. ▪ Durant le transport, le brancardier doit revêtir un masque de procédure ou un respirateur N95 selon le type de mesures en place, notamment si l'utilisateur est incapable de porter un masque de procédure. Il peut être décidé localement de recommander le port d'ÉPI par le brancardier en tout temps lors du transport afin de simplifier ou d'harmoniser l'application de ces mesures par l'ensemble des travailleurs de la santé. ▪ Si l'utilisateur intubé, envisager le port du respirateur N95, car risque de déconnexion du circuit de ventilation durant le transport. ▪ S'assurer que les travailleurs de la santé du service receveur portent l'équipement de protection requis (masque de procédure ou respirateur N95 selon le type de mesure en place, blouse, gants, protection oculaire) pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▪ Suite au départ de l'utilisateur de la salle de consultation ou d'examen, si celui-ci est en précautions additionnelles aériennes/contact ou si une IMGA à risque reconnu ou possible a été réalisée, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection individuelle. ▪ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'utilisateur et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'utilisateur. Le masque de procédure ou le respirateur N95 n'est pas nécessaire. Par contre, la blouse et les gants doivent être portés. ▪ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des travailleurs de la santé lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé). ▪ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'utilisateur immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.
<p>Transfert interétablissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors du transfert d'un cas suspect ou confirmé, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé	
Travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est suggéré de trier quotidiennement les travailleurs de la santé de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne, lors de leur arrivée au travail, d'un registre attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour). ▪ Retirer immédiatement du milieu de travail toute personne qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19. Procéder à un test de diagnostic de la COVID-19. Une évaluation par une autorité compétente est requise pour déterminer si le travailleur peut se présenter ou non au travail selon les procédures de l'établissement. ▪ Tenir un registre de tous les travailleurs de la santé entrant dans une chambre COVID-19. ▪ Restreindre au strict minimum le nombre de personnes présentes requis pour les soins de l'utilisateur dans la chambre. ▪ Constituer des équipes dédiées aux soins des usagers avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de travailleurs de la santé pouvant être exposés. ▪ Les travailleurs de la santé asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : ÉPI). ▪ S'assurer du respect de la distanciation physique dans les aires communes (ex. : salle de pause, cafétéria, cours extérieure, etc.)
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre les consignes gouvernementales pour l'accès aux visiteurs et la limitation des visites. ▪ Procéder au triage du visiteur. Éviter autant que possible d'exposer une personne qui n'a pas déjà été exposée. ▪ S'assurer que le visiteur ayant pu être en contact avec l'utilisateur peut se déplacer pendant la période de surveillance (isolement à domicile ou non selon les mesures qui leur ont été recommandées) et ne présente pas de symptômes compatibles avec la COVID-19. Si ceux-ci présentent des symptômes, ils doivent être considérés comme possiblement infectés et doivent être référés pour évaluation médicale. ▪ Informer le visiteur sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▪ Aviser le visiteur de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'utilisateur. ▪ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles recommandées. Hygiène des mains rigoureuse et le port du masque de procédure. Si le visiteur ne respecte pas les consignes, il devra être retiré de la chambre. ▪ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▪ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
Bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ suspendre les services offerts.
Stagiaires/étudiants et résidents/externes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se référer aux politiques gouvernementales et aux politiques des établissements d'enseignement.
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <p>Désinfection quotidienne</p> <p>https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002508/?&date=DESC https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002507/?&date=DESC</p> <p>Désinfection terminale</p> <p>https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002510/?&date=DESC https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002509/?&date=DESC</p>

Mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé	
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Désinfection quotidienne des surfaces fréquemment touchées et des équipements de soins qui sont dans la chambre de l'usager. ▪ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. ▪ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager. ▪ Ne pas partager l'équipement de soins.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.). ▪ Aucune particularité pour la COVID-19.
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul. ▪ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▪ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne. ▪ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul à l'effet que la dépouille est COVID-19 positive avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▪ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : RCR), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▪ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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 contre la transmission par voie aérienne/contact incluant le port de la protection oculaire. <p>Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée et au document https://www.inspg.qc.ca/publications/2913-mesures-services-funeraires-covid19</p>
Formation	<p>Les travailleurs de la santé affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'identification d'un cas suspecté. ▪ Les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection personnelle requis.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), etc.)
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.

Définitions et gestion des personnes exposées	
Exposition potentielle travailleurs de la santé	<p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des travailleurs de la santé, référer au document <i>Évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19</i>.</p> <p>https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-evaluation-risque-travailleurs-covid19</p>
Exposition potentielle usagers hospitalisés	<ul style="list-style-type: none"> Usager ayant reçu des soins dans la même pièce et à moins de 2 mètres d'un cas confirmé ou suspect, sans protection appropriée. <p>L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque de procédure ou non par l'usager, le partage de toilette ou de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite.</p>
Prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition de contact étroit	<ul style="list-style-type: none"> Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes/contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19 pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. Les déplacements de l'usager hors de sa chambre doivent être limités à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre. L'usager exposé hospitalisé doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.

Réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli »		Prise en charge
Plus de 14 jours, mais moins de 28 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée par test PCR</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 14 jours post début des symptômes avec absence de fièvre depuis 48 heures et absence de symptômes aigus depuis 24 heures mais n'ayant pas eu de PCR de contrôle 	<p>Admission en zone chaude</p> <p>Réaliser un PCR de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> si PCR positif : garder en zone chaude si 2 PCR négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
	<p>COVID confirmée par lien épidémiologique ou cas clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 14 jours post début des symptômes avec absence de fièvre depuis 48 heures et absence de symptômes aigus depuis 24 heures et n'ayant pas eu de PCR de contrôle 	<p>Admission en zone tiède</p> <p>Réaliser un PCR de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> si PCR positif : transférer en zone chaude si 2 PCR négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
Plus de 14 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 14 jours post début des symptômes avec absence de fièvre depuis 48 heures et absence de symptômes aigus depuis 24 heures et ayant eu 2 PCR négatifs 	<p>Admettre en zone froide</p>
Plus de 28 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 14 jours post début des symptômes avec absence de fièvre depuis 48 heures et absence de symptômes aigus depuis 24 heures 	<p>Admettre en zone froide*</p> <p>* Pour un patient immunodéprimé, il est suggéré d'obtenir deux tests PCR négatif avant de l'admettre en zone froide; admettre en zone tiède dans l'attente du résultat.</p>

Mesures à appliquer pour plusieurs personnes sous investigation ou plusieurs cas probables ou confirmés hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les adaptations doivent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI. ▪ L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seuls les usagers hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et ayant un résultat positif doivent être hébergés dans une telle cohorte (zone chaude). ▪ Éviter de mettre un cas suspect COVID-19 dans une cohorte de cas confirmés COVID-19 avant la confirmation de son diagnostic. Une cohorte distincte devrait alors être prévue (zone tiède). ▪ Une zone froide devrait contenir que des usagers asymptomatiques (ex. : nouvelle admission pour diagnostic autre que COVID-19). ▪ Dans le contexte de pandémie et dans le cas où plusieurs cas confirmés COVID-19 sont hospitalisés sur la même unité, il existe différentes possibilités de cohortage (p. ex. cohorte d'une section de l'unité, cohorte à la chambre, cohorte extensionnée avec chambre et corridor) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blouse, masque et protection oculaire : possibilité de conserver entre les cas si non visiblement souillés (à évaluer avec l'équipe de PCI locale en fonction du type de cohorte). ▪ Gants à changer entre chaque usager avec hygiène des mains. ▪ Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, les aires communes et le poste de garde peuvent être considérés chauds. Deux possibilités pour ces aires communes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peuvent être incluses dans la zone chaude et l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans ces aires communes. ▪ Peuvent être exclues et l'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer (zone propre). ▪ Lors des déplacements d'une zone vers une autre (ex. : chaude → tiède → froide), des mesures en regard de l'ÉPI doivent être appliquées : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, la blouse et les gants doivent être retirés, un nouveau masque doit être porté et la protection oculaire doit être désinfectée s'il y a lieu. ▪ Si deux cas suspects ou contacts étroits sont placés dans la même chambre, garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette dédiés (ou chaise d'aisance dédiée) pour chaque usager. ▪ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), la blouse et les gants doivent être retirés suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. La protection oculaire et le masque peuvent être conservés. ▪ Dédier les équipements de soins à la cohorte le plus possible. Si l'équipement doit sortir de la cohorte, il doit être désinfecté avec une lingette désinfectante avant la sortie de la cohorte. ▪ Lors de la création des cohortes, prévoir sortir le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. ▪ Dédier, durant tout le quart de travail le travailleur de la santé uniquement à la cohorte (ex. : un préposé aux bénéficiaires ne devrait pas travailler dans la cohorte et sur le reste de l'unité ou une autre unité). ▪ Les professionnels de la santé qui effectuent des tournées sur cette unité doivent débiter, dans la mesure du possible, par la zone froide, suivi de la zone tiède et terminer par la zone chaude.
---	--

Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none">▪ Instaurer de la plurifréquence des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateurs, etc.)
Équipement de soins	<ul style="list-style-type: none">▪ Instaurer de la plurifréquence des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins.▪ Équipement de soins et matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité.▪ En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) dans les différentes cohortes de l'unité :▪ Après l'utilisation, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements.

Mesures de prévention et contrôle des infections à ajouter dès qu'une éclosion est suspectée ou confirmée

Définition d'un cas nosocomial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas nosocomial : usager qui présente un tableau clinique d'une infection respiratoire au-delà de la période maximale d'incubation soit 14 jours lorsqu'un lien épidémiologique direct avec un cas identifié de COVID-19 en milieu de soins est identifié, peu importe la période d'incubation. ▪ Cas nosocomial suspect : usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire survenant 5 jours et plus après son admission jusqu'à la période maximale d'incubation du virus soit 14 jours. ▪ Cas non nosocomial : usager présentant un tableau clinique d'une infection respiratoire survenant moins de 5 jours après son admission. <p>Le nombre de 5 jours a été déterminé en considérant que la période d'incubation moyenne se situe entre 3 et 7 jours. Il s'agit d'une estimation qui pourrait être revue ultérieurement.</p> <p>Ces définitions pourront être ajustées en fonction de l'évolution de la pandémie et des connaissances sur le SARS-CoV-2.</p>
Définition éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence de deux cas nosocomiaux chez les usagers en 14 jours avec lien épidémiologique selon le résultat de l'enquête épidémiologique. Cette définition est utilisée à des fins d'interventions pour la mise en place des mesures de PCI lors d'éclosion dans le milieu de soins. Pour des fins de surveillance, référer aux définitions du MSSS. ▪ L'enquête épidémiologique devrait déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins. ▪ L'éclosion peut aussi considérer les travailleurs de la santé si un lien épidémiologique est établi.
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre quotidiennement l'ampleur de l'éclosion (ou des cas) et de son évolution.
Hébergement / cohorte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place les mesures et les zones telles que décrites dans la section précédente sur les cohortes.
Transfert inter établissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre receveur de l'éclosion en cours.
Contacts étroits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition : tout usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19, mais n'ayant pas de symptômes (si l'usager présente des symptômes compatibles avec la COVID-19, il est considéré comme un cas suspect et les mesures de cas suspect s'appliquent). ▪ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes/contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19. Prise de température deux fois par jour pendant les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19. ▪ Faire une recherche de contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'hôpital. ▪ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces cas avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ni avec les cas confirmés. ▪ Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition: cesser les précautions requises. ▪ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les directives locales.
Contacts élargis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition : tout usager séjournant sur l'unité de soins en éclosion. ▪ Aucune précaution additionnelle requise, respecter les pratiques de base. Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme celles des contacts étroits. ▪ Surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 et prise de la température deux fois par jour jusqu'à 14 jours après le dernier contact avec le cas confirmé COVID-19 positif. ▪ Envisager de poursuivre la surveillance des symptômes et la prise de température deux fois par jour pour tous les usagers de l'unité tant que l'éclosion est en cours.

Dépistage élargi des usagers d'une unité en éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envisager le dépistage de tous les usagers d'une unité en éclosion selon l'analyse de l'épidémiologie locale et si ce dépistage est requis pour modifier les mesures de PCI sur cette unité.
Mesures pour les nouvelles admissions/ suspension des admission/fermeture d'unité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre les directives gouvernementales.
Gestion des travailleurs de la santé	<p>Les mesures suivantes s'ajoutent aux mesures précédemment mentionnées dans ce document :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rehausser le nombre de travailleurs dans l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de prévention et contrôle. Ceci inclut les préposés et les travailleurs attirés à l'hygiène et à la salubrité. ▪ Assurer la présence uniquement des travailleurs de la santé nécessaire au fonctionnement de l'unité. ▪ Ne pas autoriser le déplacement de travailleurs de la santé entre les unités de soins.
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nettoyer et désinfecter quotidiennement les équipements (appareils multifonctions, matériel électronique ou informatique, les fauteuils roulants, le lève-personne, etc.) en circulation sur l'unité en éclosion, en plus de la désinfection entre chaque usager. Désigner un travailleur pour cette tâche qui doit être faite avec un produit reconnu efficace. Identifier l'équipement suite à la désinfection.
Comité de gestion d'éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instaurer une cellule de coordination (chef d'unité, conseillère PCI, responsable d'hygiène et salubrité de l'unité) sur l'unité touchée afin de s'assurer d'une communication efficace pour implanter l'ensemble des mesures pour circonscrire rapidement l'éclosion. ▪ Activer le comité de gestion d'éclosion selon ce qui a été prévu localement. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins.
Direction de la santé publique (DSPu)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le service de PCI signale à la direction de santé publique l'éclosion selon les modalités régionales.

Mesures de prévention et contrôle des infections en fin d'écllosion

Fin de l'écllosion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'écllosion est terminée 28 jours (la somme de deux périodes d'incubation du virus) après l'apparition des premiers symptômes (ou date du diagnostic) chez le dernier cas relié à l'écllosion. ▪ La gestion des cas reliés à l'écllosion est faite par l'équipe de PCI locale. Celle-ci avisera la DSPublique de la fin de l'écllosion.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nettoyer et désinfecter les objets de l'unité touchés et manipulés incluant le matériel médical (appareils multiparamétriques, lève-personne, matériel électronique et informatique, etc.) avant la réouverture de l'unité. Désigner une personne responsable de cette tâche. ▪ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste des infirmières et des médecins, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.). ▪ Lors de la réouverture d'une section d'unité post-écllosion, nettoyer et désinfecter toutes les chambres de cette section.
Direction de la santé publique (DSPu)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signaler la fin des écllosions en fonction des modalités régionales établies. ▪ La DSPublique transmet les informations requises au niveau provincial.
Suivi et bilan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre la surveillance active de nouveaux cas chez les usagers et les travailleurs de la santé pour la période d'activité de la COVID-19. ▪ Effectuer un retour (post mortem) en comité de gestion d'écllosion afin d'identifier les interventions positives et les opportunités d'amélioration et d'évaluer le processus de gestion. ▪ Élaborer un rapport de l'écllosion : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'établissement. ▪ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Références

Canadian Association of Gastroenterology. (2020) *COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities*. 16 mars 2020. Repéré au <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-Statement-COVID-&Endoscopy.pdf>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim guidance for healthcare professionals*. Version 2020-04-23. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-04-06. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

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

Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-04-02. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-04-30. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>

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

Gouvernement du Québec. (2015). *Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré au <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). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*. Repéré au <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>

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

Lombardi, A., Bozzi, G., Mangioni, D., Muscatello, A., Peri, A.M. *et al.* (2020). Duration of quarantine in hospitalized patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Journal of hospital infection*.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-03-19. Repéré au [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 (OMS). (2020b). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 106, 5 mai 2020*. Repéré au https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200505covid-19-sitrep-106.pdf?sfvrsn=47090f63_2

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020c). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 13 mars 2020. Repéré au : [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

Woelfel, R., Corman, V.M, Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S, *et al.* (2020). Clinical presentation and virological assessment of hospitalized cases of coronavirus disease 2019 in a travel-associated transmission cluster. Preprint MedRxiv. Repéré au <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.05.20030502v1.full.pdf+html>

Wu, Zunyou et McGoogan, J.M. (2020). 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*, 24 février 2020.

COVID-19

Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Suzanne Leroux
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Chantal Richard
Jasmin Villeneuve
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Leroux
Chantal Richard
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Institut national de santé publique du Québec

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.

Dépôt légal – X trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-XXXX (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2906

COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus

Recommandations intérimaires

17 juillet 2020 – Version 8.0
Modifications apportées en jaune

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SRAS-CoV-2.

En date du 11 février 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait que l'appellation SRAS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) sera dorénavant utilisée pour désigner le nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease 2019*) désignera l'infection causée par ce virus.

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application des précautions additionnelles appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection secondaire à la COVID-19 en milieu de soins aigus. Elle est basée sur les connaissances actuelles de la COVID-19, infection identifiée au départ dans la région de Wuhan en Chine. Ces recommandations sont issues des documents du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), et actualisées en fonction de celles émises par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus.

Il est à noter que ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur la COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.



Préparation à la réception d'un usager suspecté ou confirmé

Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Voir la fiche <i>Caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la COVID-19</i> pour plus d'informations https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial, national et international :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et https://covid19.who.int/▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html
Mode de transmission	<p>Il est reconnu par la majorité des organismes de santé publique que le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes et par contact (OMS, 2020a), habituellement dans un contexte de proximité et de durée prolongée (ex. : contacts familiaux). La transmission par voie aérienne en milieu de soins est présumée seulement lors de procédures générant des aérosols, ce qu'on appelle transmission aérienne opportuniste. Ceci suggère que le SRAS-CoV-2 ne se transmet pas par la voie aérienne lors de circonstances de soins usuelles, par opposition à la tuberculose par exemple, mais possiblement lors de procédures pouvant générer des aérosols infectieux (Romano-Bertrand S, <i>et al.</i> 2020).</p> <p>La transmission peut aussi se faire via des objets contaminés à proximité immédiate de la personne infectée (OMS, 2020c) mais ce mode de transmission semble être de moindre importance.</p> <p>La littérature scientifique reconnaît la contribution des personnes asymptomatiques et présymptomatiques dans la transmission du SRAS-CoV-2. Les personnes présymptomatiques sont réputées développer des symptômes de 2 à 7 jours après qu'un test les ait identifiées SRAS-CoV-2 positif.</p> <p>Des études démontrent une possible transmission jusqu'à 2 à 3 jours avant l'apparition des symptômes (He, 2020). Il existe des personnes qui demeurent asymptomatiques sans développer de symptômes. La transmission du virus par des sujets infectés asymptomatiques est moins fréquente que la transmission par des sujets symptomatiques (OMS, 2020c).</p> <p>Bien que certaines études démontrent la présence de virus dans les selles, il n'y a pas d'évidence de transmission fécale-orale du SRAS-CoV-2 (Wolfel, 2020; Johns Hopkins, 2020, Sehmi, 2020).</p>
Définition de cas à des fins de surveillance	<p>La COVID-19 est sur la liste des Maladies à déclaration obligatoire.</p> <p>Se référer à la définition de cas au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/definition-nosologique-COVID-19-020-04-08.pdf</p> <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).</p>



Mesures à appliquer en tout temps	
Affichage	<p>Renforcer l'affichage aux entrées de l'établissement utilisées par les travailleurs de la santé (TdeS) et les usagers, dans les aires d'attente du triage et du prétriage (si en place dans l'installation), dans la zone adjacente à une borne électronique d'inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d'accueil ou d'inscription à l'urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM).▶ Promouvoir les consignes du port du masque de procédure.▶ Identifier la zone d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19.▶ Afficher s'il y a lieu, les restrictions en cours pour les visites.▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
Pratiques de base	<p>Renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les TdeS, les usagers et les visiteurs. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438▶ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i>.▶ Salubrité de l'environnement selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. <p>S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2442▶ Document <i>Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none">▶ Selon la situation épidémiologique locale et régionale, promouvoir le port du masque de procédure pour tous les usagers dès l'entrée dans l'installation.▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau.▶ Se référer à l'<i>Outil de triage</i> du MSSS disponible au https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/outil-de-triage-infirmiere-urgence-covid-19.pdf



Mesures à appliquer en tout temps (suite)	
Dépistage de l'utilisateur avant le bloc opératoire ou une IMGA	<ul style="list-style-type: none">▶ Référer aux documents ministériels https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/bloc-operatoire/▶ Les informations concernant les recommandations pour un usager suspecté ou confirmé de COVID-19 qui doit fréquenter le bloc opératoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2922-salle-operation-covid19
Travailleurs de la santé (TdeS)	<ul style="list-style-type: none">▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : ÉPI).▶ Il est suggéré de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne, lors de leur arrivée au travail, d'un registre personnel attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour).▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19. Procéder à un test de diagnostic de la COVID-19. Une évaluation par une autorité compétente est requise pour déterminer si le TdeS peut se présenter ou non au travail selon les procédures de l'établissement. Les informations relatives à la prise en charge des TdeS sont disponibles dans le document « COVID-19 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins » https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19▶ Tenir un registre de tous les TdeS entrant dans une chambre COVID-19.▶ Restreindre au strict minimum le nombre de TdeS présentes requis pour les soins de l'utilisateur dans la chambre.▶ Constituer des équipes dédiées aux soins des usagers avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de TdeS pouvant être exposés.
Distanciation physique des travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none">▶ Maintenir une distance minimale de deux mètres avec les autres TdeS (sur l'unité, au poste de garde, à la cafétéria, lors des repas, lors des réunions, à l'extérieur, lors des pauses, etc.).▶ Si impossible, le port du masque de procédure est nécessaire.



Prise en charge d'un usager suspecté ou confirmé

Pour les recommandations en lien avec le port du masque **et de la protection oculaire**, référer aux directives ministérielles et aux documents suivants : **Port du masque de procédure en milieu de soins lors d'une transmission communautaire soutenue** **et Port de la protection oculaire en milieu de soins lors d'une transmission communautaire soutenue** :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieu-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19>

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3020-port-protection-oculaire-milieu-soins-covid19>

Mesures à appliquer en tout temps	
Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <p>Maintenir le port du masque de procédure pour l'usager. Si l'usager porte un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque de procédure.</p> <p>Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'usager suspecté COVID-19.</p> <p>Étape 2</p> <p>Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.</p> <p>Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non). <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer au document <i>Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19 <p>Étape 3 (Personne suspectée qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Informer le microbiologiste-infectiologue de garde ou l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) selon les modalités prévues localement.▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA doit être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>



Mesures à appliquer pour un usager suspecté ou confirmé hospitalisé

Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le CINQ recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager.</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et non à risque de détérioration rapide nécessitant une IMGA.▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie).▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat + pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et à risque de détérioration rapide nécessitant une IMGA (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>). <p>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 : il est possible d'appliquer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire.</p> <p>Cette mesure est déconseillée pour tout usager ou circonstance de soins où il y a un risque majeur de déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale).</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager hospitalisé 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>Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager asymptomatique avec facteurs de risque d'exposition dans les derniers 14 jours (ex. : de retour de voyage depuis moins de 14 jours, contact d'un cas suspect ou confirmé de COVID-19, usager ou TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active), et hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19.



Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de protection individuelle (ÉPI)	<p>Équipements de protection individuelle requis <u>sans</u> IMGA</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 de procédure ou chirurgical à usage unique.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. <p>Équipements de protection individuelle requis <u>avec</u> IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales.▶ Respirateur N95 lors de la réalisation d'une IMGA.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Privilégier l'écran facial. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI en tout temps.▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement). <p>Dans le contexte de la COVID-19 et en présence d'une pénurie réelle ou appréhendée des ÉPI, l'utilisation prolongée ou la réutilisation des blouses, des masques et des protections oculaires peuvent être considérées. Se référer aux documents disponibles sur le site Web de l'INSPQ.</p> <p>https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19</p> <p>https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19</p> <p>https://www.inspq.qc.ca/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-covid19</p>
Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (antichambre ou corridor) à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'équipement de protection individuelle.</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>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire : Le retrait s'exécute dans la chambre de l'utilisateur juste avant de sortir.</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.



Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Dans la chambre, retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains.▶ Retirer la protection oculaire, effectuer à nouveau l'hygiène des mains puis sortir de la chambre avec le respirateur N95.▶ Pour terminer, dès la sortie de la chambre (soit dans l'antichambre si présente ou dans le corridor), retirer le respirateur N95 puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. <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.</p>
Port du masque chez l'usager	<p>Si l'usager peut le tolérer et selon le type de soin donné (p. ex. : soins prolongés et à proximité de l'usager), le port du masque de procédure est recommandé. Il est possible aussi pour l'usager de se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou un linge propre.</p>
Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer aux documents <i>Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)</i> basés sur les travaux de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire.▶ Les IMGA à risque non documenté, nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de protection aérienne. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port du respirateur N95 pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles.▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence.▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce avant la fin du temps d'attente.</p>
Hébergement	<p>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).▶ Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Placer l'usager dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle).▶ Favoriser le regroupement des cas confirmés (voir section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>).



Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Durée des mesures	<p>Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles : <p>Usager sans immunosuppression</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Période d'au moins 14 jours après le début des symptômes (CIDRAP, 2020) (ou depuis le prélèvement si asymptomatique)▶ ET absence de fièvre sans antipyrétique depuis 48 heures▶ ET absence de symptômes compatibles avec la COVID-19 depuis 24 heures (sauf toux, anosmie ou agueusie résiduelle (INESSS, 2020))▶ ET avec PCR de contrôle négatif sur au moins deux échantillons respiratoires consécutifs prélevés à ≥ 24 heures d'intervalle. Si le test revient positif, il est recommandé d'attendre minimum 24 heures avant de répéter le test. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Période de 28 jours après le début des symptômes (ou depuis le prélèvement si asymptomatique) avec ou sans PCR de contrôle (Arons, 2020; Woelfel, 2020; Kujawski, 2020; Bullard, 2020)▶ ET absence de fièvre sans antipyrétique depuis 48 heures▶ ET absence de symptômes compatibles avec la COVID-19 depuis 24 heures (sauf toux, anosmie ou agueusie résiduelle (INESSS, 2020)).▶ ET peu importe les résultats des PCR. <p>Usager avec immunosuppression (INESSS, 2020)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Période d'au moins 21 jours après le début des symptômes (ou depuis le prélèvement si asymptomatique) (CIDRAP, 2020)▶ ET absence de fièvre sans antipyrétique depuis 48 heures▶ ET absence de symptômes compatibles avec la COVID-19 depuis 24 heures (sauf toux, anosmie ou agueusie résiduelle (INESSS, 2020))▶ ET avec PCR de contrôle négatif sur au moins deux échantillons respiratoires consécutifs prélevés à ≥ 24 heures d'intervalle. Si le test revient positif, il est recommandé d'attendre minimum 24 heures avant de répéter le test. <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire pour une personne suspectée, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises.</p> <p>Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat des tests PCR SRAS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.</p>
Prélèvements et laboratoire	<p>Les informations concernant les analyses de laboratoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/coronavirus-SRAS-cov-2covid-19-detection-taan-sur-specimen-clinique</p>



Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Manipulation des prélèvements	<ul style="list-style-type: none">▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté.▶ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser les systèmes pneumatiques pour le transport.▶ S'assurer que le TdeS qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination.▶ Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Transport de l'usager	<ul style="list-style-type: none">▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager.▶ Limiter les déplacements de l'usager à l'extérieur de la chambre.▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.)▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'usager à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'usager doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen. Si possible le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. Il peut le retirer lorsque de retour à sa chambre.▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin.▶ Aviser le service receveur que l'usager requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique.▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'usager avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'usager, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'ÉPI</i>) puis procéder à l'HDM.▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours.▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'équipement de protection requis pendant toute la durée de la présence de l'usager.▶ Suite au départ de l'usager de la salle de consultation ou d'examen, si celui-ci est en précautions additionnelles aériennes-contact ou si une IMGA à risque reconnu ou possible a été réalisée, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire.▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. Le masque de procédure ou le respirateur N95 n'est pas nécessaire. Par contre, la blouse et les gants doivent être portés.▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé).▶ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'usager immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.



Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Transfert interétablissement	<ul style="list-style-type: none">▶ Lors du transfert d'un cas suspect ou confirmé, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.▶ Pour des informations détaillées, référer au « Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19 »
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none">▶ Suivre les consignes ministérielles pour l'accès aux visiteurs et la limitation des visites.▶ Procéder au triage du visiteur. Éviter autant que possible d'exposer une personne qui n'a pas déjà été exposée.▶ Informer le visiteur sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées.▶ Aviser le visiteur de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager.▶ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation. Si le visiteur ne respecte pas les consignes, il devra être retiré de la chambre.▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins.▶ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
Bénévoles	<ul style="list-style-type: none">▶ Se référer aux directives ministérielles.
Stagiaires/étudiants et résidents/externes	<ul style="list-style-type: none">▶ Se référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <p>Désinfection quotidienne</p> <p>https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002508/?&date=DESC https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002507/?&date=DESC</p> <p>Désinfection terminale</p> <p>https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002510/?&date=DESC https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002509/?&date=DESC</p>
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none">▶ Désinfection quotidienne des surfaces fréquemment touchées et des équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'usager.▶ Désinfection quotidienne des aires communes utilisées par les TdeS.▶ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. Si l'équipement doit être sorti de la chambre, une désinfection de l'équipement doit être réalisée.▶ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager.
Buanderie-lingerie	<ul style="list-style-type: none">▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none">▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none">▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement :▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).▶ Aucune particularité pour la COVID-19.
Services alimentaires	<ul style="list-style-type: none">▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).



Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none">▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.).▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne.▶ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul à l'effet que la dépouille est COVID-19 positive avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation.▶ Si une IMGa a été réalisée avant le décès (ex. : RCR), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée.▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée.▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée et au document https://www.inspq.qc.ca/publications/2913-mesures-services-funeraires-covid19</p>
Formation	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'identification d'un cas suspecté.▶ Les précautions additionnelles, le port et le retrait de l'équipement de protection individuelle requis.
Audits	<p>Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), désinfection du matériel de soins, etc.)</p>
Communication	<p>S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>



Définitions et gestion des personnes exposées	
Exposition potentielle travailleurs de la santé	<p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer aux documents suivants :</p> <p><i>Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19</p> <p><i>Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19</p>
Exposition potentielle et prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition de contact étroit	<ul style="list-style-type: none">▶ Définition : tout usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19 ou utilisation de la même salle de toilette, mais n'ayant pas de symptômes (si l'usager présente des symptômes compatibles avec la COVID-19, il est considéré comme un cas suspect).▶ Recherche des contacts étroits :<ul style="list-style-type: none">Faire une recherche des contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'installation.Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces cas avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ni avec les cas confirmés.▶ L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque de procédure ou non par l'usager, le partage de toilette ou de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite. <p>Selon l'évaluation, si contact étroit retenu mettre en place les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19 pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19.▶ Les déplacements de l'usager hors de sa chambre doivent être limités à ceux absolument requis pour des raisons médicales.▶ Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre.▶ L'usager exposé doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires.▶ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.



Admission- réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli »		Prise en charge
Plus de 14 jours, mais moins de 28 jours après le début des symptômes	COVID confirmée par test PCR <ul style="list-style-type: none">▶ qui rencontre le délai de 14 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et absence de symptômes aigus depuis 24 heures▶ mais n'ayant pas eu de PCR de contrôle	Admission en zone chaude Réaliser un PCR de contrôle : <ul style="list-style-type: none">▶ si PCR positif : garder en zone chaude▶ si 2 PCR négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
	COVID confirmée par lien épidémiologique ou cas clinique <ul style="list-style-type: none">▶ qui rencontre le délai de 14 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et absence de symptômes aigus depuis 24 heures▶ et n'ayant pas eu de PCR de contrôle	Admission en zone tiède Réaliser un PCR de contrôle : <ul style="list-style-type: none">▶ si PCR positif : transférer en zone chaude▶ si 2 PCR négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
Plus de 14 jours après le début des symptômes	COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique <ul style="list-style-type: none">▶ qui rencontre le délai de 14 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et absence de symptômes aigus depuis 24 heures▶ et ayant eu 2 PCR négatifs	Admettre en zone froide
Plus de 28 jours après le début des symptômes	COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique <ul style="list-style-type: none">▶ qui rencontre le délai de 14 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et absence de symptômes aigus depuis 24 heures, peu importe les résultats des tests de contrôle	Admettre en zone froide** ** Pour un usager immunosupprimé (INESSS, 2020), il est suggéré d'obtenir deux tests PCR négatif avant de l'admettre en zone froide; admettre en zone tiède dans l'attente du résultat.

* Sans prise d'antipyrétique



Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19¹

Situation de l'usager hospitalisé ²	Transfert froid vers chaud ³	Transfert chaud vers froid ³
A) USAGER SANS RISQUE <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission • Pas de symptômes • Pas de contact à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon épidémiologie³ • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement
B) USAGER RÉTABLI⁴ AVEC TESTS DE CONTRÔLE NÉGATIFS <ul style="list-style-type: none"> • > 14 jours suivant le début des symptômes (> 21 jours si immunosupprimé⁵) • Pas de symptômes aigus depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) • PCR COVID-19 de contrôle négatifs x 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement
C) USAGER RÉTABLI⁴ AVEC OU SANS TESTS DE CONTRÔLE <ul style="list-style-type: none"> • > 28 jours suivant le début des symptômes (sauf immunosupprimé⁵) • Pas de symptômes aigus depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) • Peu importe le résultat des tests de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement
D) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif au moment des symptômes compatibles avec COVID-19 • Pas de contact à risque (pas un contact étroit, pas un contact domiciliaire,...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Isolement • Répéter test 24 heures après (si négatif, référer à usager sans risque) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Isolement • Répéter test 24 heures après (si négatif, référer à usager sans risque)
E) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF À L'ADMISSION <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission ou 48 heures avant admission • Nouveaux symptômes compatibles avec COVID et sans test de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent : admission en zone tiède avec isolement en attendant les résultats du test 	<ul style="list-style-type: none"> • Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent : admission en zone tiède avec isolement en attendant les résultats du test
F) USAGER AVEC CONTACT À RISQUE <ul style="list-style-type: none"> • Pas de symptômes • Contact à risque (contact étroit lors d'éclosion, contact domiciliaire,...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales³ • Compléter isolement ad 14 jours post dernier contact 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales³ • Compléter isolement ad 14 jours post dernier contact
G) USAGER NON RÉTABLI AVEC TEST(S) DE CONTRÔLE <ul style="list-style-type: none"> • > 14 jours suivant le début des symptômes mais ≤ 28 jours • Pas de symptômes aigus depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) • PCR COVID-19 contrôle positif ou n'ayant pas 2 PCR de contrôle négatifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement
H) USAGER NON RÉTABLI SANS TEST DE CONTRÔLE <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 14 jours suivant le début des symptômes ou date du test si asymptomatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement



Notes explicatives

1. Le Test COVID-19 :

- 1.1. Installation d'origine : le test fait à l'installation d'origine à l'admission n'a pas besoin d'être répété par l'installation d'origine avant le transfert (sauf pour usager symptomatique avec test négatif à l'admission) vers l'installation receveur.
 - 1.2. Installation receveur : le test à l'admission n'est pas requis si le cas est évalué « vert » (voir note 3). Si le cas est évalué « tiède » ou « rouge », refaire le test 24 heures après l'admission selon les modalités locales.
2. Il faut prendre en considération un séjour hospitalier si celui-ci a été d'une durée de plus de 24 heures. Si moins de 24 heures, aucune mesure à prendre.
 3. L'évaluation de l'épidémiologie locale au niveau de la région, de l'établissement, de l'installation ou de l'unité de soins doit être fait en collaboration avec l'équipe de PCI afin de déterminer le « chaud » ou « froid ». Une adaptation locale de la grille est possible selon cette évaluation. La notion de « chaud » réfère soit à une région, un établissement, une installation ou une unité de soins avec transmission communautaire active ou éclosion dans le milieu de soins (ou l'unité de soins). Alors que « froid » réfère à pas de transmission communautaire active ni aucune éclosion en cours dans le milieu de soins (ou l'unité de soins).
 4. L'usager rétabli est celui ayant eu la COVID-19 il y a 3 mois et moins. Si plus de 3 mois se sont écoulés depuis l'épisode de la COVID-19, ne plus le considérer comme un usager rétabli et référer aux autres situations de l'usager du tableau.
 5. Pour l'immunosuppression, référer au document de l'INESSS, 2020 : [Covid-19 et personnes immunosupprimées](#).



Mesures à appliquer pour plusieurs usagers suspectés ou confirmés hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes</p>	<ul style="list-style-type: none">▶ Les adaptations peuvent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI.▶ L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation :<ul style="list-style-type: none">▶ Seuls les usagers hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et ayant un résultat positif doivent être hébergés dans une zone chaude.▶ Blouse, masque de procédure et protection oculaire : possibilité de conserver entre les cas si non visiblement souillés (à évaluer avec l'équipe de PCI locale en fonction du type de cohorte).▶ Gants à changer entre chaque usager avec hygiène des mains.▶ Éviter de mettre un cas suspect COVID-19 dans une cohorte de cas confirmés COVID-19 avant la confirmation de son diagnostic. Une cohorte distincte devrait être prévue (zone tiède). Les ÉPI (blouse, gants, masque de procédure, protection oculaire) sont requis dans ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque le statut infectieux est inconnu. Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers.▶ Une zone froide devrait héberger que des usagers asymptomatiques (ex. : nouvelle admission pour diagnostic autre que COVID-19).▶ Dans le cas où plusieurs cas confirmés COVID-19 sont hospitalisés sur la même unité, il existe différentes possibilités de cohortage (p. ex. cohorte d'une section de l'unité, cohorte à la chambre, cohorte extensionnée avec chambre et corridor).▶ Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, les aires communes et le poste de garde peuvent être considérés comme une zone chaude ou une zone froide. Deux possibilités pour ces aires communes :<ul style="list-style-type: none">▶ Peuvent être incluses dans la zone chaude et l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans ces aires communes.▶ Peuvent être exclues et l'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer (zone propre).▶ Lors des déplacements d'une zone vers une autre (ex. : chaude → tiède → froide), des mesures en regard de l'ÉPI doivent être appliquées :<ul style="list-style-type: none">▶ Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, la blouse et les gants doivent être retirés, un nouveau masque doit être porté et la protection oculaire doit être changée ou désinfectée.▶ Si deux cas suspects ou contacts étroits sont placés dans la même chambre, garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette dédiés (ou chaise d'aisance dédiée) pour chaque usager.▶ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), la blouse et les gants doivent être retirés suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. La protection oculaire et le masque peuvent être conservés.▶ Lors de la création des cohortes, prévoir sortir le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers.▶ La gestion du mouvement des TdeS doit être faite en fonction des directives du MSSS.
---	---



	<ul style="list-style-type: none">▶ Les professionnels de la santé qui effectuent des tournées sur cette unité doivent débiter, dans la mesure du possible, par la zone froide, suivi de la zone tiède et terminer par la zone chaude.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none">▶ Instaurer de la plurifréquence des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateurs, etc.)▶ Les informations concernant le protocole de nettoyage et désinfection lors de la fermeture d'une zone tiède ou chaude sont disponibles sur le site du MSSS. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/
Équipement de soins	<ul style="list-style-type: none">▶ Instaurer de la plurifréquence des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins.▶ Équipement de soins et matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité.▶ En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) par les différentes cohortes de l'unité, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements après utilisation.



Mesures de prévention et contrôle des infections à ajouter dès qu'une éclosion est suspectée ou confirmée

Définition d'un cas nosocomial	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Lorsqu'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par PCR est identifié en milieu de soins peu importe la période depuis son admission. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Cas confirmé par PCR au-delà de 14 jours (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission. <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Cas confirmé par PCR survenant 7 jours et plus (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission jusqu'à la période maximale d'incubation du virus soit 14 jours. <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Cas confirmé par PCR survenant moins de 7 jours (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par PCR et suite à l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Note : le nombre de 7 jours a été choisi comme limite pour attribuer l'acquisition nosocomiale sur la base du CNISP, 2020.
Définition éclosion	<ul style="list-style-type: none">▶ Deux cas (usagers, TdeS) nosocomiaux avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours.▶ Alerte : dès la présence d'un cas nosocomial dans l'installation, instaurer les interventions indiquées pour une éclosion.▶ L'enquête épidémiologique devrait déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins.
Surveillance	<ul style="list-style-type: none">▶ Suivre quotidiennement l'ampleur de l'éclosion (ou des cas) et de son évolution.
Hébergement / cohorte	<ul style="list-style-type: none">▶ Mettre en place les mesures et les zones telles que décrites dans la section précédente sur les cohortes.
Transfert inter établissement	<ul style="list-style-type: none">▶ Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre receveur de l'éclosion en cours.
Contacts étroits	<p>Définition : tout usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19 ou utilisation de la même salle de toilette de façon régulière, mais n'ayant pas de symptômes (si l'usager présente des symptômes compatibles avec la COVID-19, il est considéré comme un cas suspect).</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19. Prise de température deux fois par jour pendant les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19.▶ Faire une recherche de contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'hôpital.▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces cas avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ni avec les cas confirmés.



	<ul style="list-style-type: none">▶ Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition: cesser les précautions requises.▶ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les directives locales.
Contacts élargis	<ul style="list-style-type: none">▶ Définition : tout usager séjournant sur l'unité de soins en éclosion.▶ Aucune précaution additionnelle requise, respecter les pratiques de base. Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme celles des contacts étroits.▶ L'usager doit porter un masque de procédure et effectuer une hygiène des mains si sortie de la chambre.▶ Surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 et prise de la température deux fois par jour jusqu'à 14 jours après le dernier contact avec le cas confirmé COVID-19 positif.▶ Envisager de poursuivre la surveillance des symptômes et la prise de température deux fois par jour pour tous les usagers de l'unité tant que l'éclosion est en cours.▶ Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme pour les contacts étroits ainsi que les limitations de déplacement.
Mesures pour les nouvelles admissions/ suspension des admission/fermeture d'unité	<ul style="list-style-type: none">▶ Suivre les directives gouvernementales.
Travailleurs de la santé	<p>Les mesures suivantes s'ajoutent aux mesures précédemment mentionnées dans ce document :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Rehausser le nombre de TdeS dans l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de prévention et contrôle. Ceci inclut les préposés et les TdeS attitrés à l'hygiène et à la salubrité.▶ Assurer uniquement la présence des TdeS nécessaire au fonctionnement de l'unité.▶ Ne pas autoriser la mobilité des TdeS entre les unités ou les installations lorsque ces derniers proviennent d'une unité où il y a de la transmission entre les TdeS et cela jusqu'à 14 jours sans transmission.
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none">▶ Nettoyer et désinfecter quotidiennement les équipements (appareils multifonctions, matériel électronique ou informatique, les fauteuils roulants, le lève-personne, etc.) en circulation sur l'unité en éclosion, en plus de la désinfection entre chaque usager. Désigner une personne pour cette tâche. Identifier l'équipement suite à la désinfection.
Comité de gestion d'éclosion	<ul style="list-style-type: none">▶ Instaurer une cellule de coordination (chef d'unité, conseillère PCI, responsable d'hygiène et salubrité de l'unité) sur l'unité touchée afin de s'assurer d'une communication efficiente pour implanter l'ensemble des mesures pour circonscrire rapidement l'éclosion.▶ Activer le comité de gestion d'éclosion selon ce qui a été prévu localement. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins.
Direction de la santé publique (DSPu)	<ul style="list-style-type: none">▶ Le service de PCI signale à la direction de santé publique l'éclosion selon les modalités régionales.



Mesures de prévention et contrôle des infections en fin d'écllosion

Fin de l'écllosion	<ul style="list-style-type: none">▶ L'écllosion est terminée 28 jours (correspond à la somme de deux périodes d'incubation du virus) après l'apparition des symptômes chez le dernier cas (usagers ou TdeS) relié à l'écllosion sur l'unité.▶ Pour les cas asymptomatiques, considérer la date du PCR pour déterminer la date de fin de l'écllosion.▶ La gestion des cas reliés à l'écllosion est faite par l'équipe de PCI locale. Celle-ci avisera la DSPublique de la fin de l'écllosion.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none">▶ Nettoyer et désinfecter les objets de l'unité touchés et manipulés incluant le matériel médical (appareils multiparamétriques, lève-personne, matériel électronique et informatique, etc.) avant la réouverture de l'unité. Désigner une personne responsable de cette tâche.▶ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste des infirmières et des médecins, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.).▶ Nettoyer et désinfecter les chambres de l'unité qui ne l'ont pas été lors de la cessation des précautions additionnelles ou au départ d'un usager.
Direction de la santé publique (DSPu)	<ul style="list-style-type: none">▶ Signaler la fin d'écllosion en fonction des modalités régionales établies.▶ La DSPublique transmet les informations requises au niveau provincial.
Suivi et bilan	<ul style="list-style-type: none">▶ Poursuivre la surveillance active de nouveaux cas chez les usagers et les TdeS pour la période d'activité de la COVID-19.▶ Effectuer un retour en comité de gestion d'écllosion afin d'identifier les interventions positives et les opportunités d'amélioration et afin d'évaluer le processus de gestion.▶ Élaborer un rapport de l'écllosion :<ul style="list-style-type: none">▶ L'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'établissement.▶ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.



Références

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

Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*. Repéré au: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa638/5842165>

Canadian Association of Gastroenterology. (2020) *COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities*. 16 mars 2020. Repéré au <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-Statement-COVID-&-Endoscopy.pdf>

Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). (2020). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. Version 2020-04-28. P.4. Repéré au https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings..* Version 2020-05-18. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-05-25. Repéré au <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

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

Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-04-02. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-04-30. Repéré au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>

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

Gouvernement du Québec. (2015). *Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré au <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). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*. Repéré au <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>

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

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/personnes-immunosupprimees-mise-a-jour-completee-07-05-2020.html>



Kujawski, S.A. *et al.* (2020). Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nature medicine*. Repéré au: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0877-5>

Lombardi, A., Bozzi, G., Mangioni, D., Muscatello, A., Peri, A.M. *et al.* (2020). Duration of quarantine in hospitalized patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Journal of hospital infection*.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-03-19. Repéré au [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 (OMS). (2020b). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 27 mai 2020. Repéré au: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

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

Romano-Bertrand S., Aho-Glele L.S., Grandbastien B., Gehanno, JF., et Lepelletier, D. (2020). Sustainability of SARS-CoV-2 in aerosols: Should we worry about airborne transmission. *Journal of hospital infection*, 12 juin 2020. Repéré au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7291993/>

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

Woelfel, R., Corman, V.M, Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S, *et al.* (2020). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. *Nature*. 581 (465-469). Repéré au <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2196-x>

Wu, Zunyou et McGoogan, J.M. (2020). 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*, 24 février 2020.

COVID-19

Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Suzanne Leroux
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Chantal Richard
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

SOUS LA COORDINATION DE

Chantal Richard
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2906

COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

27 août 2020 – Version 8.1
Modifications apportées en jaune

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SRAS-CoV-2.

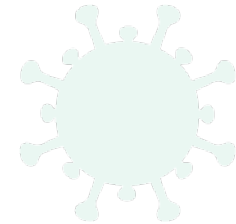
En date du 11 février 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait que l'appellation SRAS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) sera dorénavant utilisée pour désigner le nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease 2019*) désignera l'infection causée par ce virus.

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application des précautions additionnelles appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection secondaire à la COVID-19 en milieu de soins aigus. Elle est basée sur les connaissances actuelles de la COVID-19, infection identifiée au départ dans la région de Wuhan en Chine. Ces recommandations sont issues des documents du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), et actualisées en fonction de celles émises par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

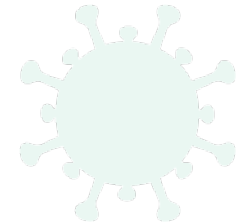
Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus.

Il est à noter que ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur la COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

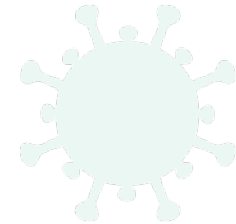


Préparation à la réception d'un usager suspecté ou confirmé

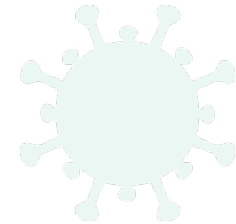
Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Voir la fiche Caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la COVID-19 pour plus d'informations	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial, national et international :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et https://covid19.who.int/▶ INSPQ: https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html
Mode de transmission	<p>Il est reconnu par la majorité des organismes de santé publique que le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes et par contact (OMS, 2020a), habituellement dans un contexte de proximité et de durée prolongée (ex. : contacts familiaux). La transmission par voie aérienne en milieu de soins est présumée seulement lors de procédures générant des aérosols, ce qu'on appelle transmission aérienne opportuniste. Ceci suggère que le SRAS-CoV-2 ne se transmet pas par la voie aérienne lors de circonstances de soins usuelles, par opposition à la tuberculose par exemple, mais possiblement lors de procédures pouvant générer des aérosols infectieux (Romano-Bertrand S, <i>et al.</i>, 2020).</p> <p>La transmission peut aussi se faire via des objets contaminés à proximité immédiate de la personne infectée (OMS, 2020c), mais ce mode de transmission semble être de moindre importance.</p> <p>La littérature scientifique reconnaît la contribution des personnes asymptomatiques et présymptomatiques dans la transmission du SRAS-CoV-2. Les personnes présymptomatiques sont réputées développer des symptômes de 2 à 7 jours après qu'un test les ait identifiées SRAS-CoV-2 positif.</p> <p>Des études démontrent une possible transmission jusqu'à 2 à 3 jours avant l'apparition des symptômes (He, 2020). Il existe des personnes qui demeurent asymptomatiques sans développer de symptômes. La transmission du virus par des sujets infectés asymptomatiques est moins fréquente que la transmission par des sujets symptomatiques (OMS, 2020c).</p> <p>Bien que certaines études démontrent la présence de virus dans les selles, il n'y a pas d'évidence de transmission fécale-orale du SRAS-CoV-2 (Wolfel, 2020; Johns Hopkins, 2020, Sehmi, 2020).</p>
Définition de cas à des fins de surveillance	<p>La COVID-19 est sur la liste des Maladies à déclaration obligatoire.</p> <p>Se référer à la définition de cas au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/definition-nosologique-COVID-19-020-04-08.pdf</p> <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).</p>



Mesures à appliquer en tout temps	
Affichage	<p>Renforcer l’affichage aux entrées de l’établissement utilisées par les travailleurs de la santé (TdeS) et les usagers, dans les aires d’attente du triage et du prétriage (si en place dans l’installation), dans la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM).▶ Promouvoir les consignes du port du masque de procédure.▶ Identifier la zone d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19.▶ Afficher s’il y a lieu, les restrictions en cours pour les visites.▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
Pratiques de base	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Il faut prêter une attention particulière au respect de :▶ L’hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les TdeS, les usagers et les visiteurs. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438▶ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i>.▶ Salubrité de l’environnement selon les procédures de l’établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada. <p>S’assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2442▶ Document <i>Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none">▶ Selon la situation épidémiologique locale et régionale, promouvoir le port du masque de procédure pour tous les usagers dès l’entrée dans l’installation.▶ S’assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l’identification des personnes pourrait se faire à ce niveau.▶ Se référer à l’<i>Outil de triage</i> du MSSS disponible au https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/outil-de-triage-infirmiere-urgence-covid-19.pdf



Mesures à appliquer en tout temps (suite)	
Dépistage de l'utilisateur avant le bloc opératoire ou une IMGA	<ul style="list-style-type: none">▶ Référer aux documents ministériels https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/bloc-operatoire/▶ Les informations concernant les recommandations pour un usager suspecté ou confirmé de COVID-19 qui doit fréquenter le bloc opératoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2922-salle-operation-covid19
Travailleurs de la santé (TdeS)	<ul style="list-style-type: none">▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : ÉPI).▶ Il est suggéré de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne, lors de leur arrivée au travail, d'un registre personnel attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour).▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19. Procéder à un test de diagnostic de la COVID-19. Une évaluation par une autorité compétente est requise pour déterminer si le TdeS peut se présenter ou non au travail selon les procédures de l'établissement. Les informations relatives à la prise en charge des TdeS sont disponibles dans le document « COVID-19 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins » https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19▶ Tenir un registre de tous les TdeS entrant dans une chambre COVID-19.▶ Restreindre au strict minimum le nombre de TdeS présents requis pour les soins de l'utilisateur dans la chambre.▶ Constituer des équipes dédiées aux soins des usagers avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de TdeS pouvant être exposés.
Distanciation physique des travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none">▶ Maintenir une distance minimale de deux mètres avec les autres TdeS (sur l'unité, au poste de garde, à la cafétéria, lors des repas, lors des réunions, à l'extérieur, lors des pauses, etc.).▶ Si impossible, le port du masque de procédure est nécessaire.



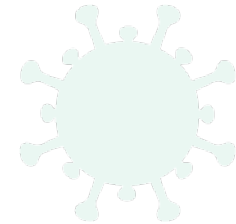
Prise en charge d'un usager suspecté ou confirmé

Pour les recommandations en lien avec le port du masque et de la protection oculaire, référer aux directives ministérielles et aux documents suivants : *Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue* et *Port de la protection oculaire en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue* :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19>

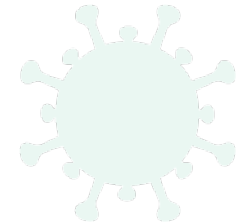
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3020-port-protection-oculaire-milieux-soins-covid19>

Mesures à appliquer en tout temps	
Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <p>Maintenir le port du masque de procédure pour l'usager. Si l'usager porte un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque de procédure.</p> <p>Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'usager suspecté COVID-19.</p> <p>Étape 2</p> <p>Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.</p> <p>Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non). <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer au document <i>Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19 <p>Étape 3 (Personne suspectée qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Informer le microbiologiste-infectiologue de garde ou l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) selon les modalités prévues localement.▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA doit être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>

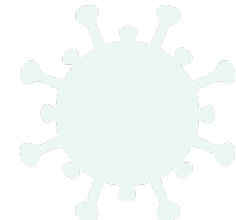


Mesures à appliquer pour un usager suspecté ou confirmé hospitalisé

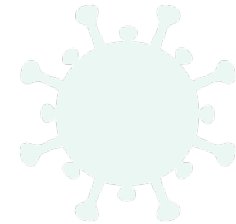
Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager.</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et non à risque de détérioration rapide nécessitant une IMGA.▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie).▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat + pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et à risque de détérioration rapide nécessitant une IMGA (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>). <p>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 : il est possible d'appliquer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire.</p> <p>Cette mesure est déconseillée pour tout usager ou circonstance de soins où il y a un risque majeur de déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale).</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager hospitalisé 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>Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager asymptomatique avec facteurs de risque d'exposition dans les derniers 14 jours (ex. : de retour de voyage depuis moins de 14 jours, contact d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, usager ou TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active), et hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19.



Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de protection individuelle (ÉPI)	<p>Équipements de protection individuelle requis <u>sans</u> IMGA</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 de procédure ou chirurgical à usage unique.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. <p>Équipements de protection individuelle requis <u>avec</u> IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales.▶ Respirateur N95 lors de la réalisation d'une IMGA.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Privilégier l'écran facial. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI en tout temps.▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement). <p>Dans le contexte de la COVID-19 et en présence d'une pénurie réelle ou appréhendée des ÉPI, l'utilisation prolongée ou la réutilisation des blouses, des masques et des protections oculaires peuvent être considérées. Se référer aux documents disponibles sur le site Web de l'INSPQ :</p> <p>https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19</p> <p>https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19</p> <p>https://www.inspq.qc.ca/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-covid19</p>
Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (antichambre ou corridor) à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'équipement de protection individuel.</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>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire : Le retrait s'exécute dans la chambre de l'usager juste avant de sortir.</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.



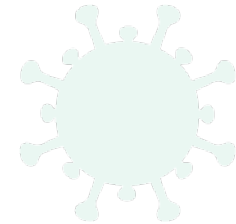
Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Dans la chambre, retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains.▶ Retirer la protection oculaire, effectuer à nouveau l'hygiène des mains puis sortir de la chambre avec le respirateur N95.▶ Pour terminer, dès la sortie de la chambre (soit dans l'antichambre si présente ou dans le corridor), retirer le respirateur N95 puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. <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.</p>
Port du masque chez l'usager	<p>Si l'usager peut le tolérer et selon le type de soin donné (p. ex. : soins prolongés et à proximité de l'usager), le port du masque de procédure est recommandé. Il est possible aussi pour l'usager de se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou un linge propre.</p>
Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer aux documents <i>Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)</i> basés sur les travaux de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire.▶ Les IMGA à risque non documenté, nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de protection aérienne. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port du respirateur N95 pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles.▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence.▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce avant la fin du temps d'attente.</p>
Hébergement	<p>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).▶ Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative. <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Placer l'usager dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle).▶ Favoriser le regroupement des cas confirmés (voir section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>).



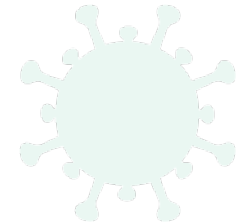
Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Durée des mesures*	<p>Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles. <p>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▶ Résolution des symptômes aigus 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 PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.</p> <p>Usagers avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) :</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▶ Résolution des symptômes aigus 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 PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.</p> <p>Usagers avec immunosuppression (selon la définition de l'INESSS disponible au https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf) :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Isolement pour 28 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET▶ Résolution des symptômes aigus 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 PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement après 28 jours chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un usager pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de PCR négatifs entre le jour 21 et 28.</p> <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises.</p> <p>Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat des tests PCR SRAS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.</p>

* Le développement des connaissances sur la transmission et la durée de contagiosité de la COVID-19 apportent des modifications à nos recommandations. Le PCR n'est pas un bon indicateur de contagiosité afin de lever les mesures. De plus, la durée de l'isolement de 10 jours a été retenue pour un cas non immunosupprimé. Ces articles soutiennent ces recommandations :

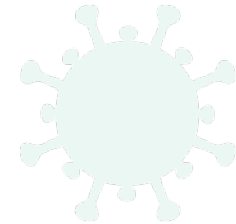
- ▶ La probabilité de retrouver du virus vivant ou répliquable diminue après l'apparition des symptômes et celui-ci n'a pas été retrouvé chez les usagers avec une maladie légère ou modérée après 10 jours suivant l'apparition des symptômes. (Wolfel, 2020; Arons, 2020; Bullard, 2020; Lu, 2020; CDC, 2020).
- ▶ Une étude qui présente le suivi des contacts des 100 premiers cas de COVID-19 confirmés à Taiwan n'a démontré aucun cas secondaire parmi les 852 contacts exposés six jours et plus après l'apparition des symptômes chez les cas index (Cheng *et al.*, 2020).
- ▶ Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours (Wolfel, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020; CDC, 2020).
- ▶ La détection de virus vivant a été documentée entre 10 et 20 jours après l'apparition des symptômes chez les usagers avec une maladie sévère et dans certains cas, chez des immunosupprimés. (van Kampen *et al.*, 2020).



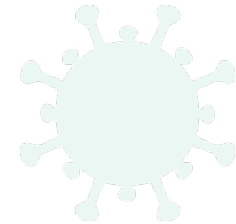
Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Prélèvements et laboratoire	Les informations concernant les analyses de laboratoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/coronavirus-SRAS-cov-2covid-19-detection-taan-sur-specimen-clinique
Manipulation des prélèvements	<ul style="list-style-type: none">▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté.▶ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser les systèmes pneumatiques pour le transport.▶ S'assurer que le TdeS qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination.▶ Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Transport de l'usager	<ul style="list-style-type: none">▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager.▶ Limiter les déplacements de l'usager à l'extérieur de la chambre.▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.)▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'usager à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'usager doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen. Si possible le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. Il peut le retirer lorsque de retour à sa chambre.▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin.▶ Aviser le service receveur que l'usager requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique.▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'usager avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'usager, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'ÉPI</i>) puis procéder à l'HDM.▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours.▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'équipement de protection requis pendant toute la durée de la présence de l'usager.▶ Suite au départ de l'usager de la salle de consultation ou d'examen, si celui-ci est en précautions additionnelles aériennes-contact ou si une IMGA à risque reconnu ou possible a été réalisée, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire.▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. Le masque de procédure ou le respirateur N95 n'est pas nécessaire. Par contre, la blouse et les gants doivent être portés.▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé).▶ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'usager immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.



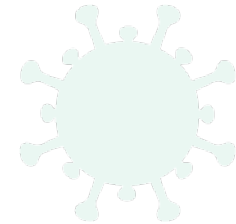
Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Transfert interétablissement	<ul style="list-style-type: none">▶ Lors du transfert d'un cas suspect ou confirmé, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.▶ Pour des informations détaillées, référer au « <i>Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19</i> »
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none">▶ Suivre les consignes ministérielles pour l'accès aux visiteurs et la limitation des visites.▶ Procéder au triage du visiteur. Éviter autant que possible d'exposer une personne qui n'a pas déjà été exposée.▶ Informer le visiteur sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées.▶ Aviser le visiteur de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager.▶ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation. Si le visiteur ne respecte pas les consignes, il devra être retiré de la chambre.▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins.▶ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
Bénévoles	Se référer aux directives ministérielles.
Stagiaires/étudiants et résidents/externes	Se référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <p>Désinfection quotidienne</p> <p>https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002508/?&date=DESC https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002507/?&date=DESC</p> <p>Désinfection terminale</p> <p>https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002510/?&date=DESC https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002509/?&date=DESC</p>
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none">▶ Désinfection quotidienne des surfaces fréquemment touchées et des équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'usager.▶ Désinfection quotidienne des aires communes utilisées par les TdeS.▶ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. Si l'équipement doit être sorti de la chambre, une désinfection de l'équipement doit être réalisée.▶ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du travailleur de la santé	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none">▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement :▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).▶ Aucune particularité pour la COVID-19.
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).



Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none">▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.).▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne.▶ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul à l'effet que la dépouille est COVID-19 positive avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation.▶ Si une IMGa a été réalisée avant le décès (ex. : RCR), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée.▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée.▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée et au document https://www.inspq.qc.ca/publications/2913-mesures-services-funeraires-covid19</p>
Formation	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'identification d'un cas suspecté.▶ Les précautions additionnelles, le port et le retrait de l'équipement de protection individuelle requis.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), désinfection du matériel de soins, etc.)
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.



Définitions et gestion des personnes exposées	
Exposition potentielle des travailleurs de la santé	<p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer aux documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ <i>Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19▶ <i>Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19.
Exposition potentielle et prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition de contact étroit	<ul style="list-style-type: none">▶ Définition : tout usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19 ou utilisation de la même salle de toilette, mais n'ayant pas de symptômes (si l'usager présente des symptômes compatibles avec la COVID-19, il est considéré comme un cas suspect).▶ Recherche des contacts étroits :<ul style="list-style-type: none">▶ Faire une recherche des contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'installation.▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces cas avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ni avec les cas confirmés.▶ L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque de procédure ou non par l'usager, le partage de toilette ou de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite. <p>Selon l'évaluation, si contact étroit retenu mettre en place les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19 pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19.▶ Les déplacements de l'usager hors de sa chambre doivent être limités à ceux absolument requis pour des raisons médicales.▶ Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre.▶ L'usager exposé doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires.▶ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.



Admission- réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli »		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique avec maladie légère ou modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et résolution de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19)</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et résolution de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours et moins de 28 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique chez un usager immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de plus de 21 jours, mais moins de 28 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et résolution de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et n'ayant pas eu de PCR de contrôle 	<p>Admettre en zone tiède et</p> <ul style="list-style-type: none"> Attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser un PCR de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> si PCR positif : attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide si 2 PCR négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
Plus de 28 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique chez un usager immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de plus de 21 jours, mais moins de 28 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et résolution de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et n'ayant pas eu de PCR de contrôle 	Admettre en zone froide

* Sans prise d'antipyrétique.

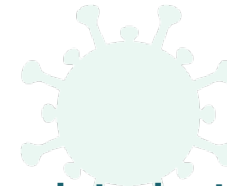
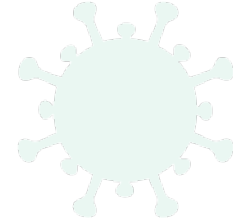


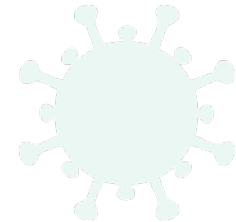
Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19¹

Situation de l'usager hospitalisé ²	Transfert froid vers chaud ³	Transfert chaud vers froid ³
A) USAGER SANS RISQUE <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission • Pas de symptômes • Pas de contact à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement préventif 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon épidémiologie³ • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement préventif
B) USAGER RÉTABLI^{4, 5} AYANT FAIT UNE MALADIE LÉGÈRE OU MODÉRÉE <ul style="list-style-type: none"> • > 10 jours suivant le début des symptômes (> 28 jours si immunosupprimé⁷) • Résolution de symptômes aigus (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement
C) USAGER RÉTABLI^{4, 6} AYANT FAIT UNE MALADIE SÉVÈRE (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) <ul style="list-style-type: none"> • > 21 jours suivant le début des symptômes (> 28 jours si immunosupprimé⁷) • Résolution de symptômes aigus (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement
D) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif au moment des symptômes compatibles avec COVID-19 • Pas de contact à risque (pas un contact étroit, pas un contact domiciliaire...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Isolement • Répéter test 48 heures après (si négatif, référer à usager sans risque) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Isolement • Répéter test 48 heures après (si négatif, référer à usager sans risque)
E) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF À L'ADMISSION <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission ou 48 heures avant admission • Nouveaux symptômes compatibles avec COVID-19 et sans test de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent : admission en zone tiède avec isolement en attendant les résultats du test 	<ul style="list-style-type: none"> • Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent : admission en zone tiède avec isolement en attendant les résultats du test
F) USAGER AVEC CONTACT À RISQUE <ul style="list-style-type: none"> • Pas de symptômes • Contact à risque (contact étroit lors d'éclosion, contact domiciliaire...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales³ • Compléter isolement préventif ad 14 jours post dernier contact 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales³ • Compléter isolement préventif ad 14 jours post dernier contact
G) USAGER NON RÉTABLI AVEC UNE MALADIE LÉGÈRE OU MODÉRÉE <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 10 jours suivant le début des symptômes ou date du test si asymptomatique (≤ 28 jours si immunosupprimé⁷) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement
H) USAGER NON RÉTABLI AVEC UNE MALADIE SÉVÈRE (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 21 jours suivant le début des symptômes ou date du test si asymptomatique (≤ 28 jours si immunosupprimé⁷) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement



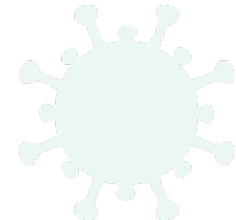
Notes explicatives

1. Le PCR COVID-19 :
 - 1.1. Installation d'origine : le test fait à l'installation d'origine à l'admission n'a pas besoin d'être répété par l'installation d'origine avant le transfert (sauf pour usager symptomatique avec test négatif à l'admission) vers l'installation receveur.
 - 1.2. Installation receveur : le test à l'admission n'est pas requis si le cas est évalué « froid » (voir note 3). Si le cas est évalué « tiède » ou « chaud », refaire le test 48 heures après l'admission selon les modalités locales.
2. Il faut prendre en considération un séjour hospitalier si celui-ci a été d'une durée de plus de 24 heures. Si moins de 24 heures, aucune mesure à prendre.
3. L'évaluation de l'épidémiologie locale au niveau de la région, de l'établissement, de l'installation ou de l'unité de soins doit être fait en collaboration avec l'équipe de PCI afin de déterminer le « chaud » ou « froid ». Une adaptation locale de la grille est possible selon cette évaluation. La notion de « chaud » réfère soit à une région, un établissement, une installation ou une unité de soins avec transmission communautaire active ou éclosion dans le milieu de soins (ou l'unité de soins). Alors que « froid » réfère à pas de transmission communautaire active ni éclosion en cours dans le milieu de soins (ou l'unité de soins).
4. L'usager rétabli est celui ayant eu la COVID-19 il y a 3 mois et moins. Si plus de 3 mois se sont écoulés depuis l'épisode de la COVID-19, ne plus le considérer comme un usager rétabli et référer aux autres situations de l'usager du tableau.
5. Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers ayant fait une maladie légère ou modérée qui rencontrent les critères cliniques indiqués ci-haut.
6. Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers ayant fait une maladie sévère qui rencontrent les critères cliniques indiqués ci-haut.
7. Pour l'immunosuppression, référer à la définition de l'INESSS disponible au https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf
Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement après 28 jours chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un usager pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de PCR négatifs entre le jour 21 et 28.

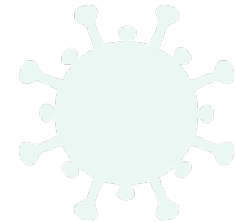


Mesures à appliquer pour plusieurs usagers suspectés ou confirmés hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes</p>	<ul style="list-style-type: none">▶ Les adaptations peuvent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI.▶ L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation :<ul style="list-style-type: none">▶ Seuls les usagers hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et ayant un résultat positif doivent être hébergés dans une zone chaude.<ul style="list-style-type: none">▶ Blouse, masque de procédure et protection oculaire : possibilité de conserver entre les cas si non visiblement souillés (à évaluer avec l'équipe de PCI locale en fonction du type de cohorte).▶ Gants à changer entre chaque usager avec hygiène des mains.▶ Éviter de mettre un cas suspect COVID-19 dans une cohorte de cas confirmés COVID-19 avant la confirmation de son diagnostic. Une cohorte distincte devrait être prévue (zone tiède). Les ÉPI (blouse, gants, masque de procédure, protection oculaire) sont requis dans ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque le statut infectieux est inconnu. Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers.▶ Une zone froide devrait héberger que des usagers asymptomatiques (ex. : nouvelle admission pour diagnostic autre que COVID-19).▶ Dans le cas où plusieurs cas confirmés COVID-19 sont hospitalisés sur la même unité, il existe différentes possibilités de cohortage (p. ex. cohorte d'une section de l'unité, cohorte à la chambre, cohorte extensionnée avec chambre et corridor).▶ Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, les aires communes et le poste de garde peuvent être considérés comme une zone chaude ou une zone froide. Deux possibilités pour ces aires communes :<ul style="list-style-type: none">▶ Peuvent être incluses dans la zone chaude et l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans ces aires communes.▶ Peuvent être exclues et l'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer (zone propre).▶ Lors des déplacements d'une zone vers une autre (ex. : chaude → tiède → froide), des mesures en regard de l'ÉPI doivent être appliquées :<ul style="list-style-type: none">▶ Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, la blouse et les gants doivent être retirés, un nouveau masque doit être porté et la protection oculaire doit être changée ou désinfectée.▶ Si deux cas suspects ou contacts étroits sont placés dans la même chambre, garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette dédiés (ou chaise d'aisance dédiée) pour chaque usager.▶ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), la blouse et les gants doivent être retirés suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. La protection oculaire et le masque peuvent être conservés.▶ Lors de la création des cohortes, prévoir sortir le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers.▶ La gestion du mouvement des TdeS doit être faite en fonction des directives du MSSS.▶ Les professionnels de la santé qui effectuent des tournées sur cette unité doivent débiter, dans la mesure du possible, par la zone froide, suivi de la zone tiède et terminer par la zone chaude.
---	--

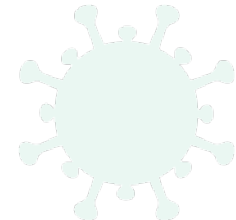


Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none">▶ Instauration de la plurifréquence des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateurs, etc.)▶ Les informations concernant le protocole de nettoyage et désinfection lors de la fermeture d'une zone tiède ou chaude sont disponibles sur le site du MSSS. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/
Équipement de soins	<ul style="list-style-type: none">▶ Instauration de la plurifréquence des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins.▶ Équipement de soins et matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité.▶ En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) par les différentes cohortes de l'unité, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements après utilisation.

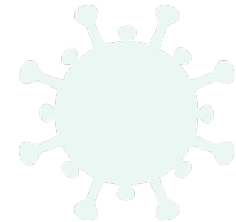


Mesures de prévention et contrôle des infections à ajouter dès qu'une écloison est suspectée ou confirmée

<p>Définition d'un cas nosocomial</p>	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lorsqu'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par PCR est identifié en milieu de soins peu importe la période depuis son admission. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par PCR au-delà de 14 jours (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission. <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par PCR survenant 7 jours et plus (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission jusqu'à la période maximale d'incubation du virus soit 14 jours. <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par PCR survenant moins de 7 jours (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par PCR et suite à l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p> <p>Note : le nombre de 7 jours a été choisi comme limite pour attribuer l'acquisition nosocomiale sur la base du CNISP, 2020.</p>
<p>Définition écloison</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deux cas (usagers, TdeS) nosocomiaux avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Alerte : dès la présence d'un cas nosocomial dans l'installation, instaurer les interventions indiquées pour une écloison. ▶ L'enquête épidémiologique devrait déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins.
<p>Surveillance</p>	<p>Suivre quotidiennement l'ampleur de l'écloison (ou des cas) et de son évolution.</p>
<p>Hébergement / cohorte</p>	<p>Mettre en place les mesures et les zones telles que décrites dans la section précédente sur les cohortes.</p>
<p>Transfert inter établissement</p>	<p>Lors du transfert d'un usager de l'unité en écloison, aviser le centre receveur de l'écloison en cours.</p>
<p>Contacts étroits</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Définition : tout usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19 ou utilisation de la même salle de toilette de façon régulière, mais n'ayant pas de symptômes (si l'usager présente des symptômes compatibles avec la COVID-19, il est considéré comme un cas suspect). ▶ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19. Prise de température deux fois par jour pendant les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Faire une recherche de contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'hôpital. ▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces cas avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ni avec les cas confirmés.

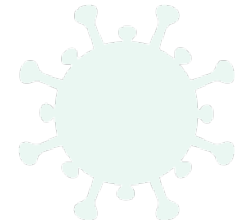


	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition: cesser les précautions requises. ▶ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les directives locales.
Contacts élargis	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Définition : tout usager séjournant sur l'unité de soins en éclosion. ▶ Aucune précaution additionnelle requise, respecter les pratiques de base. Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme celles des contacts étroits. ▶ L'usager doit porter un masque de procédure et effectuer une hygiène des mains si sortie de la chambre. ▶ Surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 et prise de la température deux fois par jour jusqu'à 14 jours après le dernier contact avec le cas confirmé COVID-19 positif. ▶ Envisager de poursuivre la surveillance des symptômes et la prise de température deux fois par jour pour tous les usagers de l'unité tant que l'éclosion est en cours. ▶ Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme pour les contacts étroits ainsi que les limitations de déplacement.
Mesures pour les nouvelles admissions/ suspension des admission/fermeture d'unité	Suivre les directives gouvernementales.
Travailleurs de la santé	<p>Les mesures suivantes s'ajoutent aux mesures précédemment mentionnées dans ce document :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Rehausser le nombre de TdeS dans l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de prévention et contrôle. Ceci inclut les préposés et les TdeS attitrés à l'hygiène et à la salubrité. ▶ Assurer uniquement la présence des TdeS nécessaire au fonctionnement de l'unité. ▶ Ne pas autoriser la mobilité des TdeS entre les unités ou les installations lorsque ces derniers proviennent d'une unité où il y a de la transmission entre les TdeS et cela jusqu'à 14 jours sans transmission.
Équipements de soins	Nettoyer et désinfecter quotidiennement les équipements (appareils multifonctions, matériel électronique ou informatique, les fauteuils roulants, le lève-personne, etc.) en circulation sur l'unité en éclosion, en plus de la désinfection entre chaque usager. Désigner une personne pour cette tâche. Identifier l'équipement suite à la désinfection.
Comité de gestion d'éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Instaurer une cellule de coordination (chef d'unité, conseillère PCI, responsable d'hygiène et salubrité de l'unité) sur l'unité touchée afin de s'assurer d'une communication efficace pour implanter l'ensemble des mesures pour circonscrire rapidement l'éclosion. ▶ Activer le comité de gestion d'éclosion selon ce qui a été prévu localement. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins.
Direction de la santé publique (DSPu)	Le service de PCI signale à la direction de santé publique l'éclosion selon les modalités régionales.



Mesures de prévention et contrôle des infections en fin d'écllosion

Fin de l'écllosion	<ul style="list-style-type: none">▶ L'écllosion est terminée 28 jours (correspond à la somme de deux périodes d'incubation du virus) après l'apparition des symptômes chez le dernier cas (usagers ou TdeS) relié à l'écllosion sur l'unité.▶ Pour les cas asymptomatiques, considérer la date du PCR pour déterminer la date de fin de l'écllosion.▶ La gestion des cas reliés à l'écllosion est faite par l'équipe de PCI locale. Celle-ci avisera la DSPublique de la fin de l'écllosion.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none">▶ Nettoyer et désinfecter les objets de l'unité touchés et manipulés incluant le matériel médical (appareils multiparamétriques, lève-personne, matériel électronique et informatique, etc.) avant la réouverture de l'unité. Désigner une personne responsable de cette tâche.▶ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste de garde, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.).▶ Nettoyer et désinfecter les chambres de l'unité qui ne l'ont pas été lors de la cessation des précautions additionnelles ou au départ d'un usager.
Direction de la santé publique (DSPu)	<ul style="list-style-type: none">▶ Signaler la fin d'écllosion en fonction des modalités régionales établies.▶ La DSPublique transmet les informations requises au niveau provincial.
Suivi et bilan	<ul style="list-style-type: none">▶ Poursuivre la surveillance active de nouveaux cas chez les usagers et les TdeS pour la période d'activité de la COVID-19.▶ Effectuer un retour en comité de gestion d'écllosion afin d'identifier les interventions positives et les opportunités d'amélioration et afin d'évaluer le processus de gestion.▶ Élaborer un rapport de l'écllosion :<ul style="list-style-type: none">▶ L'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'établissement.▶ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.



Références

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

Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*. Repéré au : <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa638/5842165>

Canadian Association of Gastroenterology. (2020) *COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities*. 16 mars 2020. Repéré au : <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-Statement-COVID-&-Endoscopy.pdf>

Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). (2020). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. Version 2020-04-28. P.4. Repéré au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings*. Version 2020-05-18. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-05-25. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

Center for disease control and prevention (CDC), (2020b). *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19*. Version 2020-07-22. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Center for infectious disease research and policy (CIDRAP). (2020). *Study highlights ease of spread of COVID-19 viruses*. Repéré au : <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). Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

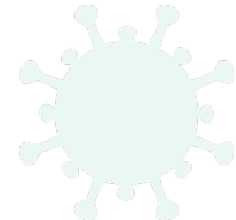
Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-04-02. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-04-30. Repéré au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>

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

Gouvernement du Québec. (2015). *Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré au : <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). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*. Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>



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

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/personnes-immunosupprimees-mise-a-jour-completee-07-05-2020.html>

Kujawski, S.A. *et al.* (2020). Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nature medicine*. Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0877-5>

Lombardi, A., Bozzi, G., Mangioni, D., Muscatello, A., Peri, A.M. *et al.* (2020). Duration of quarantine in hospitalized patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Journal of hospital infection*.

Lu, J., Peng, J., Xiong, Q., Liu, Z., Lin, H., *et al.* (2020). Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-03-19. Repéré au : [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 (OMS). (2020b). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 27 mai 2020. Repéré au : [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

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

Romano-Bertrand S., Aho-Glele L.S., Grandbastien B., Gehanno, JF., et Lepelletier, D. (2020). Sustainability of SARS-CoV-2 in aerosols: Should we worry about airborne transmission. *Journal of hospital infection*, 12 juin 2020. Repéré au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7291993/>

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

van Kampen, J., van de Vijver, D., Fraaij, P., Haagmans, B., Lamers, M., *et al.* (2020). Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <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). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. *Nature*. 581 (465-469). Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2196-x>

Wu, Zunyou et McGoogan, J.M. (2020). 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*, 24 février 2020.

Xiao, F., Sun, J., Xu, Y., Li, F., Huang, X., *et al.* (2020). Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020 ; 26(8) :10. 3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

COVID-19

Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Chantal Richard
Jasmin Villeneuve
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Suzanne Leroux
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

SOUS LA COORDINATION DE

Chantal Richard
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2906

COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

3 septembre 2020 – Version 8.2
Modifications apportées **en jaune**

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SRAS-CoV-2.

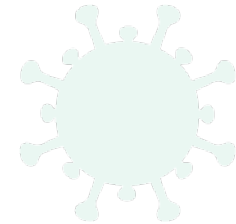
En date du 11 février 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait que l'appellation SRAS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) sera dorénavant utilisée pour désigner le nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease 2019*) désignera l'infection causée par ce virus.

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application des précautions additionnelles appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection secondaire au SRAS-CoV-2 en milieu de soins aigus. Elle est basée sur les connaissances actuelles de la COVID-19, infection identifiée au départ dans la région de Wuhan en Chine. Ces recommandations sont issues des documents du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), et actualisées en fonction de celles émises par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

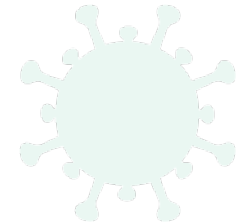
Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus.

Il est à noter que ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur la COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

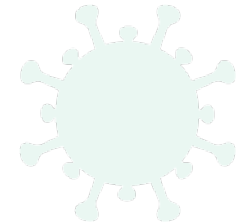


Préparation à la réception d'un usager suspecté ou confirmé

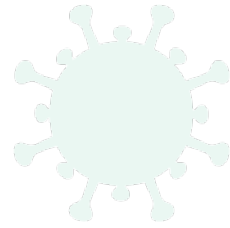
Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Voir la fiche Caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la COVID-19 pour plus d'informations	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial, national et international :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ INSPQ: https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html▶ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et https://covid19.who.int/
Mode de transmission	<p>Il est reconnu par la majorité des organismes de santé publique que le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes et par contact (OMS, 2020a), habituellement dans un contexte de proximité et de durée prolongée (ex. : contacts familiaux). La transmission par voie aérienne en milieu de soins est présumée seulement lors de procédures générant des aérosols, ce qu'on appelle transmission aérienne opportuniste. Ceci suggère que le SRAS-CoV-2 ne se transmet pas par la voie aérienne lors de circonstances de soins usuelles, par opposition à la tuberculose par exemple, mais possiblement lors de procédures pouvant générer des aérosols infectieux (Romano-Bertrand S, <i>et al.</i>, 2020).</p> <p>La transmission peut aussi se faire via des objets contaminés à proximité immédiate de la personne infectée (OMS, 2020c), mais ce mode de transmission semble être de moindre importance.</p> <p>La littérature scientifique reconnaît la contribution des personnes asymptomatiques et présymptomatiques dans la transmission du SRAS-CoV-2. Les personnes présymptomatiques sont réputées développer des symptômes de 2 à 7 jours après qu'un test les ait identifiées SRAS-CoV-2 positif.</p> <p>Des études démontrent une possible transmission jusqu'à 2 à 3 jours avant l'apparition des symptômes (He, 2020). Il existe des personnes qui demeurent asymptomatiques sans développer de symptômes. La transmission du virus par des sujets infectés asymptomatiques est moins fréquente que la transmission par des sujets symptomatiques (OMS, 2020c).</p> <p>Bien que certaines études démontrent la présence de virus dans les selles, il n'y a pas d'évidence de transmission fécale-orale du SRAS-CoV-2 (Wolfel, 2020; Johns Hopkins, 2020, Sehmi, 2020).</p>
Définition de cas à des fins de surveillance	<p>La COVID-19 est sur la liste des Maladies à déclaration obligatoire.</p> <p>Se référer à la définition de cas au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/definition-nosologique-COVID-19-020-04-08.pdf</p> <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).</p>



Mesures à appliquer en tout temps	
Affichage	<p>Renforcer l'affichage aux entrées de l'établissement utilisées par les travailleurs de la santé (TdeS) et les usagers, dans les aires d'attente du triage et du prétriage (si en place dans l'installation), dans la zone adjacente à une borne électronique d'inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d'accueil ou d'inscription à l'urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM).▶ Promouvoir les consignes du port du masque de procédure.▶ Identifier la zone d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19.▶ Afficher s'il y a lieu, les restrictions en cours pour les visites.▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
Pratiques de base	<p>Renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Il faut prêter une attention particulière au respect de :▶ L'hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les TdeS, les usagers et les visiteurs. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2438▶ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer au document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</i>.▶ Salubrité de l'environnement selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. <p>S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Document <i>Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2442▶ Document <i>Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie</i> disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none">▶ Selon la situation épidémiologique locale et régionale, promouvoir le port du masque de procédure pour tous les usagers dès l'entrée dans l'installation.▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau.▶ Se référer à l'<i>Outil de triage</i> du MSSS disponible au https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/outil-de-triage-infirmiere-urgence-covid-19.pdf



Mesures à appliquer en tout temps (suite)	
Dépistage de l'utilisateur avant le bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none">▶ Référer aux documents ministériels https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/bloc-operatoire/▶ Les informations concernant les recommandations pour un usager suspecté ou confirmé de COVID-19 qui doit fréquenter le bloc opératoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2922-salle-operation-covid19
Travailleurs de la santé (TdeS)	<ul style="list-style-type: none">▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : ÉPI).▶ Il est suggéré de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne, lors de leur arrivée au travail, d'un registre personnel attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour).▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19. Procéder à un test de diagnostic de la COVID-19. Une évaluation par une autorité compétente est requise pour déterminer si le TdeS peut se présenter ou non au travail selon les procédures de l'établissement. Les informations relatives à la prise en charge des TdeS sont disponibles dans le document « COVID-19 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins » https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19▶ Tenir un registre de tous les TdeS entrant dans une chambre COVID-19.▶ Restreindre au strict minimum le nombre de TdeS présents requis pour les soins de l'utilisateur dans la chambre.▶ Constituer des équipes dédiées aux soins des usagers avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de TdeS pouvant être exposés.
Distanciation physique des travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none">▶ Maintenir une distance minimale de deux mètres avec les autres TdeS (sur l'unité, au poste de garde, à la cafétéria, lors des repas, lors des réunions, à l'extérieur, lors des pauses, etc.).▶ Si impossible, le port du masque de procédure est nécessaire.



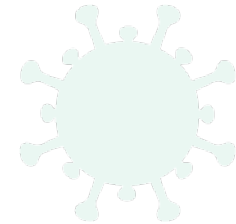
Prise en charge d'un usager suspecté ou confirmé

Pour les recommandations en lien avec le port du masque et de la protection oculaire, référer aux directives ministérielles et aux documents suivants : *Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue* et *Port de la protection oculaire en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue* :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19>

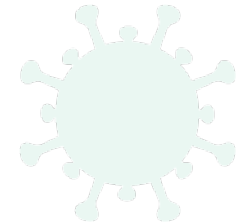
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3020-port-protection-oculaire-milieux-soins-covid19>

Mesures à appliquer en tout temps	
Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <p>Maintenir le port du masque de procédure pour l'usager. Si l'usager porte un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque de procédure.</p> <p>Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'usager suspecté COVID-19.</p> <p>Étape 2</p> <p>Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.</p> <p>Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non). <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer au document <i>Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19 <p>Étape 3 (Personne suspectée qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Informer le microbiologiste-infectiologue de garde ou l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) selon les modalités prévues localement.▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA doit être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>

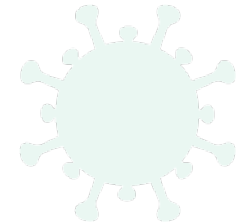


Mesures à appliquer pour un usager suspecté ou confirmé hospitalisé

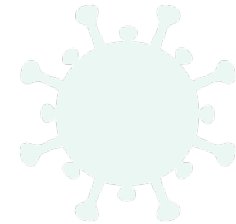
Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le CINQ recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager.</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et non à risque de détérioration rapide nécessitant une IMGA.▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie).▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat + pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et à risque de détérioration rapide nécessitant une IMGA (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>). <p>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 : il est possible d'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 déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale).</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager hospitalisé 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>Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager asymptomatique avec facteurs de risque d'exposition dans les derniers 14 jours (ex. : de retour de voyage depuis moins de 14 jours, contact d'un cas suspect ou confirmé de COVID-19, usager ou TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active), et hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19.



Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de protection individuelle (ÉPI)	<p>Équipements de protection individuelle requis <u>sans</u> IMGA</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 de procédure ou chirurgical à usage unique.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. <p>Équipements de protection individuelle requis <u>avec</u> IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales.▶ Respirateur N95 lors de la réalisation d'une IMGA.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Privilégier l'écran facial. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI en tout temps.▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement). <p>Dans le contexte de la COVID-19 et en présence d'une pénurie réelle ou appréhendée des ÉPI, l'utilisation prolongée ou la réutilisation des blouses, des masques et des protections oculaires peuvent être considérées. Se référer aux documents disponibles sur le site Web de l'INSPQ :</p> <p>https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19</p> <p>https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19</p> <p>https://www.inspq.qc.ca/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-covid19</p>
Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (antichambre ou corridor) à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'équipement de protection individuel.</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>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire : Le retrait s'exécute dans la chambre de l'usager juste avant de sortir.</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.



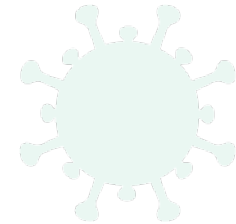
Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Dans la chambre, retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains.▶ Retirer la protection oculaire, effectuer à nouveau l'hygiène des mains puis sortir de la chambre avec le respirateur N95.▶ Pour terminer, dès la sortie de la chambre (soit dans l'antichambre si présente ou dans le corridor), retirer le respirateur N95 puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. <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.</p>
Port du masque chez l'usager	<p>Si l'usager peut le tolérer et selon le type de soin donné (p. ex. : soins prolongés et à proximité de l'usager), le port du masque de procédure est recommandé. Il est possible aussi pour l'usager de se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou un linge propre.</p>
Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer aux documents <i>Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)</i> basés sur les travaux de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire.▶ Les IMGA à risque non documenté, nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de protection aérienne. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port du respirateur N95 pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles.▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence.▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce avant la fin du temps d'attente.</p>
Hébergement	<p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Placer l'usager dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle).▶ Favoriser le regroupement des cas confirmés (voir section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>). <p>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).▶ Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative.



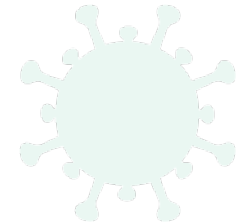
Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Durée des mesures*	<p>Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles. <p>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▶ Résolution des symptômes aigus 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 PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.</p> <p>Usagers avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) :</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▶ Résolution des symptômes aigus 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 PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.</p> <p>Usagers avec immunosuppression (selon la définition de l'INESSS disponible au https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf) :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Isolement pour 28 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET▶ Résolution des symptômes aigus 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 PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement après 28 jours chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un usager pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de PCR négatifs entre le jour 21 et 28.</p> <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté, attendre la confirmation d'un résultat négatif pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises.</p> <p>Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat des tests PCR SRAS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.</p>

* Le développement des connaissances sur la transmission et la durée de contagiosité de la COVID-19 apportent des modifications à nos recommandations. Le PCR n'est pas un bon indicateur de contagiosité afin de lever les mesures. De plus, la durée de l'isolement de 10 jours a été retenue pour un cas non immunosupprimé. Ces articles soutiennent ces recommandations :

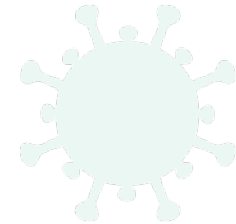
- ▶ La probabilité de retrouver du virus vivant ou répliquable diminue après l'apparition des symptômes et celui-ci n'a pas été retrouvé chez les usagers avec une maladie légère ou modérée après 10 jours suivant l'apparition des symptômes. (Wolfel, 2020; Arons, 2020; Bullard, 2020; Lu, 2020; CDC, 2020).
- ▶ Une étude qui présente le suivi des contacts des 100 premiers cas de COVID-19 confirmés à Taiwan n'a démontré aucun cas secondaire parmi les 852 contacts exposés six jours et plus après l'apparition des symptômes chez les cas index (Cheng *et al.*, 2020).
- ▶ Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours (Wolfel, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020; CDC, 2020).
- ▶ La détection de virus vivant a été documentée entre 10 et 20 jours après l'apparition des symptômes chez les usagers avec une maladie sévère et dans certains cas, chez des immunosupprimés. (van Kampen *et al.*, 2020).



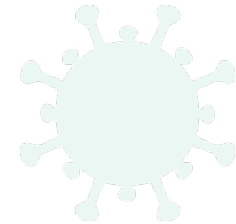
Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Prélèvements et laboratoire	Les informations concernant les analyses de laboratoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/coronavirus-SRAS-cov-2covid-19-detection-taan-sur-specimen-clinique
Manipulation des prélèvements	<ul style="list-style-type: none">▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté.▶ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser les systèmes pneumatiques pour le transport.▶ S'assurer que le TdeS qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination.▶ Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Transport de l'usager	<ul style="list-style-type: none">▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager.▶ Limiter les déplacements de l'usager à l'extérieur de la chambre.▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.)▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'usager à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'usager doit porter un masque de procédure lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen. Si possible le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. Il peut le retirer lorsque de retour à sa chambre.▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin.▶ Aviser le service receveur que l'usager requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique.▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'usager avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'usager, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'ÉPI</i>) puis procéder à l'HDM.▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours.▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'équipement de protection requis pendant toute la durée de la présence de l'usager.▶ Suite au départ de l'usager de la salle de consultation ou d'examen, si celui-ci est en précautions additionnelles aériennes-contact ou si une IMGA à risque reconnu ou possible a été réalisée, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire.▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. Le masque de procédure ou le respirateur N95 n'est pas nécessaire. Par contre, la blouse et les gants doivent être portés.▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé).▶ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'usager immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.



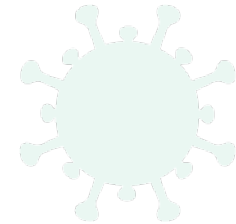
Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Transfert interétablissement	<ul style="list-style-type: none">▶ Lors du transfert d'un cas suspect ou confirmé, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.▶ Pour des informations détaillées, référer au « <i>Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19</i> »
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none">▶ Suivre les consignes ministérielles pour l'accès aux visiteurs et la limitation des visites.▶ Procéder au triage du visiteur. Éviter autant que possible d'exposer une personne qui n'a pas déjà été exposée.▶ Informer le visiteur sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées.▶ Aviser le visiteur de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager.▶ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation. Si le visiteur ne respecte pas les consignes, il devra être retiré de la chambre.▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins.▶ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
Bénévoles	Se référer aux directives ministérielles.
Stagiaires/étudiants et résidents/externes	Se référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <p>Désinfection quotidienne</p> <p>https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002508/?&date=DESC https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002507/?&date=DESC</p> <p>Désinfection terminale</p> <p>https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002510/?&date=DESC https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002509/?&date=DESC</p>
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none">▶ Désinfection quotidienne des surfaces fréquemment touchées et des équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'usager.▶ Désinfection quotidienne des aires communes utilisées par les TdeS.▶ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. Si l'équipement doit être sorti de la chambre, une désinfection de l'équipement doit être réalisée.▶ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du travailleur de la santé	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none">▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement :▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).▶ Aucune particularité pour la COVID-19.
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).



Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none">▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.).▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne.▶ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul à l'effet que la dépouille est COVID-19 positive avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation.▶ Si une IMGa a été réalisée avant le décès (ex. : RCR), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée.▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée.▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée et au document https://www.inspq.qc.ca/publications/2913-mesures-services-funeraires-covid19</p>
Formation	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'identification d'un cas suspecté.▶ Les précautions additionnelles, le port et le retrait de l'équipement de protection individuelle requis.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), désinfection du matériel de soins, etc.)
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.



Définitions et gestion des personnes exposées	
Exposition potentielle des travailleurs de la santé	<p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer aux documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ <i>Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19▶ <i>Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé</i> https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19.
Exposition potentielle et prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition de contact étroit	<ul style="list-style-type: none">▶ Définition : tout usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19 ou utilisation de la même salle de toilette, mais n'ayant pas de symptômes (si l'usager présente des symptômes compatibles avec la COVID-19, il est considéré comme un cas suspect).▶ Recherche des contacts étroits :<ul style="list-style-type: none">▶ Faire une recherche des contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'installation.▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces cas avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ni avec les cas confirmés.▶ L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque de procédure ou non par l'usager, le partage de toilette ou de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite. <p>Selon l'évaluation, si contact étroit retenu mettre en place les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19 pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19.▶ Les déplacements de l'usager hors de sa chambre doivent être limités à ceux absolument requis pour des raisons médicales.▶ Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre.▶ L'usager exposé doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires.▶ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.



Admission- réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli »		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique avec maladie légère ou modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et résolution de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19)</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et résolution de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours et moins de 28 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique chez un usager immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de plus de 21 jours, mais moins de 28 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et résolution de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et n'ayant pas eu de PCR de contrôle 	<p>Admettre en zone tiède et</p> <ul style="list-style-type: none"> Attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser un PCR de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> si PCR positif : attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide si 2 PCR négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
Plus de 28 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (PCR, lien épidémiologique) ou cas clinique chez un usager immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 28 jours, post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et résolution de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide

* Sans prise d'antipyrétique.

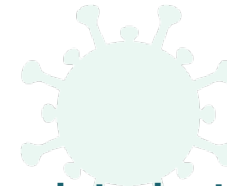
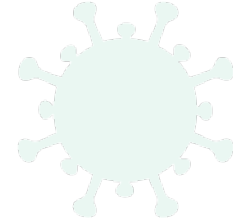


Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19¹

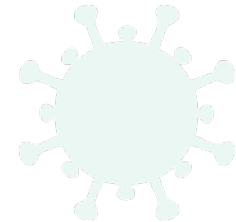
Situation de l'usager hospitalisé ²	Transfert froid vers chaud ³	Transfert chaud vers froid ³
A) USAGER SANS RISQUE <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission • Pas de symptômes • Pas de contact à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement préventif 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon épidémiologie³ • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement préventif
B) USAGER RÉTABLI^{4,5} AYANT FAIT UNE MALADIE LÉGÈRE OU MODÉRÉE <ul style="list-style-type: none"> • > 10 jours suivant le début des symptômes (> 28 jours si immunosupprimé⁷) • Résolution de symptômes aigus (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement
C) USAGER RÉTABLI^{4,6} AYANT FAIT UNE MALADIE SÉVÈRE (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) <ul style="list-style-type: none"> • > 21 jours suivant le début des symptômes (> 28 jours si immunosupprimé⁷) • Résolution de symptômes aigus (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement
D) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif au moment des symptômes compatibles avec COVID-19 • Pas de contact à risque (pas un contact étroit, pas un contact domiciliaire...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Isolement • Répéter test 48 heures après (si négatif, référer à usager sans risque) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Isolement • Répéter test 48 heures après (si négatif, référer à usager sans risque)
E) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF À L'ADMISSION <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission ou 48 heures avant admission • Nouveaux symptômes compatibles avec COVID-19 et sans test de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent : admission en zone tiède avec isolement en attendant les résultats du test 	<ul style="list-style-type: none"> • Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent : admission en zone tiède avec isolement en attendant les résultats du test
F) USAGER AVEC CONTACT À RISQUE <ul style="list-style-type: none"> • Pas de symptômes • Contact à risque (contact étroit lors d'éclosion, contact domiciliaire...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales³ • Compléter isolement préventif ad 14 jours post dernier contact 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales³ • Compléter isolement préventif ad 14 jours post dernier contact
G) USAGER NON RÉTABLI AVEC UNE MALADIE LÉGÈRE OU MODÉRÉE <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 10 jours suivant le début des symptômes ou date du test si asymptomatique (≤ 28 jours si immunosupprimé⁷) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement
H) USAGER NON RÉTABLI AVEC UNE MALADIE SÉVÈRE (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 21 jours suivant le début des symptômes ou date du test si asymptomatique (≤ 28 jours si immunosupprimé⁷) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement



Notes explicatives

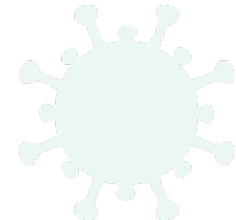
1. Le PCR COVID-19 :
 - 1.1. Installation d'origine : le test fait à l'installation d'origine à l'admission n'a pas besoin d'être répété par l'installation d'origine avant le transfert (sauf pour usager symptomatique avec test négatif à l'admission) vers l'installation receveur.
 - 1.2. Installation receveur : le test à l'admission n'est pas requis si le cas est évalué « froid » (voir note 3). Si le cas est évalué « tiède » ou « chaud », refaire le test 48 heures après l'admission selon les modalités locales.
2. Il faut prendre en considération un séjour hospitalier si celui-ci a été d'une durée de plus de 24 heures. Si moins de 24 heures, aucune mesure à prendre.
3. L'évaluation de l'épidémiologie locale au niveau de la région, de l'établissement, de l'installation ou de l'unité de soins doit être fait en collaboration avec l'équipe de PCI afin de déterminer le « chaud » ou « froid ». Une adaptation locale de la grille est possible selon cette évaluation. La notion de « chaud » réfère soit à une région, un établissement, une installation ou une unité de soins avec transmission communautaire active ou éclosion dans le milieu de soins (ou l'unité de soins). Alors que « froid » réfère à pas de transmission communautaire active ni éclosion en cours dans le milieu de soins (ou l'unité de soins).
4. L'usager rétabli est celui ayant eu la COVID-19 il y a 3 mois et moins. Si plus de 3 mois se sont écoulés depuis l'épisode de la COVID-19, ne plus le considérer comme un usager rétabli et référer aux autres situations de l'usager du tableau.
5. Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers ayant fait une maladie légère ou modérée qui rencontrent les critères cliniques indiqués ci-haut.
6. Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers ayant fait une maladie sévère qui rencontrent les critères cliniques indiqués ci-haut.
7. Pour l'immunosuppression, référer à la définition de l'INESSS disponible au https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement après 28 jours chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un usager pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de PCR négatifs entre le jour 21 et 28.

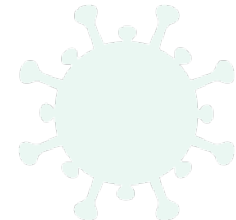


Mesures à appliquer pour plusieurs usagers suspectés ou confirmés hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes</p>	<ul style="list-style-type: none">▶ Les adaptations peuvent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI.▶ L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation :<ul style="list-style-type: none">▶ Seuls les usagers hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et ayant un résultat positif doivent être hébergés dans une zone chaude.<ul style="list-style-type: none">▶ Blouse, masque de procédure et protection oculaire : possibilité de conserver entre les cas si non visiblement souillés (à évaluer avec l'équipe de PCI locale en fonction du type de cohorte).▶ Gants à changer entre chaque usager avec hygiène des mains.▶ Éviter de mettre un cas suspect COVID-19 dans une cohorte de cas confirmés COVID-19 avant la confirmation de son diagnostic. Une cohorte distincte devrait être prévue (zone tiède). Les ÉPI (blouse, gants, masque de procédure, protection oculaire) sont requis dans ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque le statut infectieux est inconnu. Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers.▶ Une zone froide devrait héberger que des usagers asymptomatiques (ex. : nouvelle admission pour diagnostic autre que COVID-19).▶ Dans le cas où plusieurs cas confirmés COVID-19 sont hospitalisés sur la même unité, il existe différentes possibilités de cohortage (p. ex. cohorte d'une section de l'unité, cohorte à la chambre, cohorte extensionnée avec chambre et corridor).▶ Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, les aires communes et le poste de garde peuvent être considérés comme une zone chaude ou une zone froide. Deux possibilités pour ces aires communes :<ul style="list-style-type: none">▶ Peuvent être incluses dans la zone chaude et l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans ces aires communes.▶ Peuvent être exclues et l'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer (zone propre).▶ Lors des déplacements d'une zone vers une autre (ex. : chaude → tiède → froide), des mesures en regard de l'ÉPI doivent être appliquées :<ul style="list-style-type: none">▶ Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, la blouse et les gants doivent être retirés, un nouveau masque doit être porté et la protection oculaire doit être changée ou désinfectée.▶ Si deux cas suspects ou contacts étroits sont placés dans la même chambre, garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette dédiés (ou chaise d'aisance dédiée) pour chaque usager.▶ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), la blouse et les gants doivent être retirés suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. La protection oculaire et le masque peuvent être conservés.▶ Lors de la création des cohortes, prévoir sortir le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers.▶ La gestion du mouvement des TdeS doit être faite en fonction des directives du MSSS.▶ Les professionnels de la santé qui effectuent des tournées sur cette unité doivent débiter, dans la mesure du possible, par la zone froide, suivi de la zone tiède et terminer par la zone chaude.
---	--

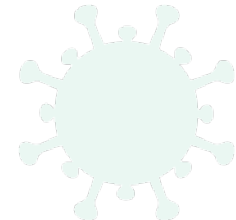


Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none">▶ Instaurer de la plurifréquence des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateurs, etc.)▶ Les informations concernant le protocole de nettoyage et désinfection lors de la fermeture d'une zone tiède ou chaude sont disponibles sur le site du MSSS. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/
Équipement de soins	<ul style="list-style-type: none">▶ Instaurer de la plurifréquence des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins.▶ Équipement de soins et matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité.▶ En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) par les différentes cohortes de l'unité, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements après utilisation.

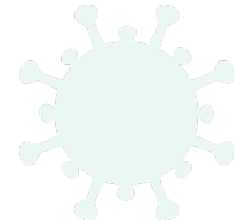


Mesures de prévention et contrôle des infections à ajouter dès qu'une éclosion est suspectée ou confirmée

Définition d'un cas nosocomial	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Lorsqu'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par PCR est identifié en milieu de soins peu importe la période depuis son admission. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Cas confirmé par PCR au-delà de 14 jours (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission. <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Cas confirmé par PCR survenant 7 jours et plus (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission jusqu'à la période maximale d'incubation du virus soit 14 jours. <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Cas confirmé par PCR survenant moins de 7 jours (date du début des symptômes ou date du PCR si cas asymptomatique) après son admission. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par PCR et suite à l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p> <p>Note : le nombre de 7 jours a été choisi comme limite pour attribuer l'acquisition nosocomiale sur la base du CNISP, 2020.</p>
Définition éclosion	<ul style="list-style-type: none">▶ Deux cas (usagers, TdeS) nosocomiaux avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours.▶ Alerte : dès la présence d'un cas nosocomial dans l'installation, instaurer les interventions indiquées pour une éclosion.▶ L'enquête épidémiologique devrait déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins.
Surveillance	Suivre quotidiennement l'ampleur de l'éclosion (ou des cas) et de son évolution.
Hébergement / cohorte	Mettre en place les mesures et les zones telles que décrites dans la section précédente sur les cohortes.
Transfert inter établissement	Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre receveur de l'éclosion en cours.
Contacts étroits	<ul style="list-style-type: none">▶ Définition : tout usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19 ou utilisation de la même salle de toilette de façon régulière, mais n'ayant pas de symptômes (si l'usager présente des symptômes compatibles avec la COVID-19, il est considéré comme un cas suspect).▶ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19. Prise de température deux fois par jour pendant les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19.▶ Faire une recherche de contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'hôpital.▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces cas avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ni avec les cas confirmés.

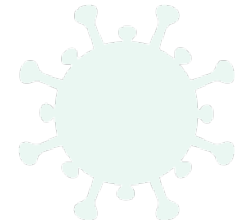


	<ul style="list-style-type: none">▶ Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition: cesser les précautions requises.▶ Si un usager exposé hospitalisé (asymptomatique) reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les directives locales.
Contacts élargis	<ul style="list-style-type: none">▶ Définition : tout usager séjournant sur l'unité de soins en éclosion.▶ Aucune précaution additionnelle requise, respecter les pratiques de base. Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme celles des contacts étroits.▶ L'usager doit porter un masque de procédure et effectuer une hygiène des mains si sortie de la chambre.▶ Surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 et prise de la température deux fois par jour jusqu'à 14 jours après le dernier contact avec le cas confirmé COVID-19 positif.▶ Envisager de poursuivre la surveillance des symptômes et la prise de température deux fois par jour pour tous les usagers de l'unité tant que l'éclosion est en cours.▶ Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme pour les contacts étroits ainsi que les limitations de déplacement.
Mesures pour les nouvelles admissions/ suspension des admission/fermeture d'unité	Suivre les directives gouvernementales.
Travailleurs de la santé	<p>Les mesures suivantes s'ajoutent aux mesures précédemment mentionnées dans ce document :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Rehausser le nombre de TdeS dans l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de prévention et contrôle. Ceci inclut les préposés et les TdeS attitrés à l'hygiène et à la salubrité.▶ Assurer uniquement la présence des TdeS nécessaire au fonctionnement de l'unité.▶ Ne pas autoriser la mobilité des TdeS entre les unités ou les installations lorsque ces derniers proviennent d'une unité où il y a de la transmission entre les TdeS et cela jusqu'à 14 jours sans transmission.
Équipements de soins	Nettoyer et désinfecter quotidiennement les équipements (appareils multifonctions, matériel électronique ou informatique, les fauteuils roulants, le lève-personne, etc.) en circulation sur l'unité en éclosion, en plus de la désinfection entre chaque usager. Désigner une personne pour cette tâche. Identifier l'équipement suite à la désinfection.
Comité de gestion d'éclosion	<ul style="list-style-type: none">▶ Instaurer une cellule de coordination (chef d'unité, conseillère PCI, responsable d'hygiène et salubrité de l'unité) sur l'unité touchée afin de s'assurer d'une communication efficiente pour implanter l'ensemble des mesures pour circonscrire rapidement l'éclosion.▶ Activer le comité de gestion d'éclosion selon ce qui a été prévu localement. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins.
Direction de la santé publique (DSPu)	Le service de PCI signale à la direction de santé publique l'éclosion selon les modalités régionales.



Mesures de prévention et contrôle des infections en fin d'écllosion

Fin de l'écllosion	<ul style="list-style-type: none">▶ L'écllosion est terminée 28 jours (correspond à la somme de deux périodes d'incubation du virus) après l'apparition des symptômes chez le dernier cas (usagers ou TdeS) relié à l'écllosion sur l'unité.▶ Pour les cas asymptomatiques, considérer la date du PCR pour déterminer la date de fin de l'écllosion.▶ La gestion des cas reliés à l'écllosion est faite par l'équipe de PCI locale. Celle-ci avisera la DSPublique de la fin de l'écllosion.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none">▶ Nettoyer et désinfecter les objets de l'unité touchés et manipulés incluant le matériel médical (appareils multiparamétriques, lève-personne, matériel électronique et informatique, etc.) avant la réouverture de l'unité. Désigner une personne responsable de cette tâche.▶ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste de garde, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.).▶ Nettoyer et désinfecter les chambres de l'unité qui ne l'ont pas été lors de la cessation des précautions additionnelles ou au départ d'un usager.
Direction de la santé publique (DSPu)	<ul style="list-style-type: none">▶ Signaler la fin d'écllosion en fonction des modalités régionales établies.▶ La DSPublique transmet les informations requises au niveau provincial.
Suivi et bilan	<ul style="list-style-type: none">▶ Poursuivre la surveillance active de nouveaux cas chez les usagers et les TdeS pour la période d'activité de la COVID-19.▶ Effectuer un retour en comité de gestion d'écllosion afin d'identifier les interventions positives et les opportunités d'amélioration et afin d'évaluer le processus de gestion.▶ Élaborer un rapport de l'écllosion :<ul style="list-style-type: none">▶ L'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'établissement.▶ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.



Références

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

Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*. Repéré au : <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa638/5842165>

Canadian Association of Gastroenterology. (2020) *COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities*. 16 mars 2020. Repéré au : <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-Statement-COVID-&-Endoscopy.pdf>

Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). (2020). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. Version 2020-04-28. P.4. Repéré au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings*. Version 2020-05-18. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-05-25. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

Center for disease control and prevention (CDC), (2020b). *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19*. Version 2020-07-22. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Center for infectious disease research and policy (CIDRAP). (2020). *Study highlights ease of spread of COVID-19 viruses*. Repéré au : <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). Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

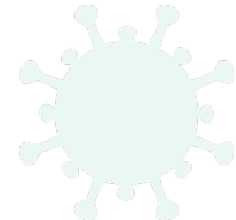
Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-04-02. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-04-30. Repéré au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>

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

Gouvernement du Québec. (2015). *Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré au : <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). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*. Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>



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

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/personnes-immunosupprimees-mise-a-jour-completee-07-05-2020.html>

Kujawski, S.A. *et al.* (2020). Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nature medicine*. Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0877-5>

Lombardi, A., Bozzi, G., Mangioni, D., Muscatello, A., Peri, A.M. *et al.* (2020). Duration of quarantine in hospitalized patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Journal of hospital infection*.

Lu, J., Peng, J., Xiong, Q., Liu, Z., Lin, H., *et al.* (2020). Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-03-19. Repéré au : [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 (OMS). (2020b). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 27 mai 2020. Repéré au : [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

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

Romano-Bertrand S., Aho-Glele L.S., Grandbastien B., Gehanno, JF., et Lepelletier, D. (2020). Sustainability of SARS-CoV-2 in aerosols: Should we worry about airborne transmission. *Journal of hospital infection*, 12 juin 2020. Repéré au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7291993/>

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

van Kampen, J., van de Vijver, D., Fraaij, P., Haagmans, B., Lamers, M., *et al.* (2020). Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <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). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. *Nature*. 581 (465-469). Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2196-x>

Wu, Zunyou et McGoogan, J.M. (2020). 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*, 24 février 2020.

Xiao, F., Sun, J., Xu, Y., Li, F., Huang, X., *et al.* (2020). Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020 ; 26(8) :10. 3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

COVID-19

Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Chantal Richard
Jasmin Villeneuve
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Suzanne Leroux
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

SOUS LA COORDINATION DE

Chantal Richard
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2906

Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19¹

Discuté au CINQ le 9 juin 2020, mis à jour le 3 septembre 2020

Situation de l'utilisateur hospitalisé ²	Transfert froid vers chaud ³	Transfert chaud vers froid ³
A) USAGER SANS RISQUE <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission • Pas de symptômes • Pas de contact à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement préventif 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon épidémiologie³ • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement préventif
B) USAGER RÉTABLI^{4, 5} AYANT FAIT UNE MALADIE LÉGÈRE OU MODÉRÉE <ul style="list-style-type: none"> • > 10 jours suivant le début des symptômes (> 28 jours si immunosupprimé⁷) • Résolution de symptômes aigus (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement
C) USAGER RÉTABLI^{4, 6} AYANT FAIT UNE MALADIE SÉVÈRE (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) <ul style="list-style-type: none"> • > 21 jours suivant le début des symptômes (> 28 jours si immunosupprimé⁷) • Résolution de symptômes aigus (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide • Pas d'isolement
D) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif au moment des symptômes compatibles avec COVID-19 • Pas de contact à risque (pas un contact étroit, pas un contact domiciliaire...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Isolement • Répéter test 48 heures après (si négatif, référer à usager sans risque) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Isolement • Répéter test 48 heures après (si négatif, référer à usager sans risque)
E) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF À L'ADMISSION <ul style="list-style-type: none"> • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission ou 48 heures avant admission • Nouveaux symptômes compatibles avec COVID-19 et sans test de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent : admission en zone tiède avec isolement en attendant les résultats du test 	<ul style="list-style-type: none"> • Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent : admission en zone tiède avec isolement en attendant les résultats du test
F) USAGER AVEC CONTACT À RISQUE <ul style="list-style-type: none"> • Pas de symptômes • Contact à risque (contact étroit lors d'éclosion, contact domiciliaire...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales³ • Compléter isolement préventif ad 14 jours post dernier contact 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales³ • Compléter isolement préventif ad 14 jours post dernier contact
G) USAGER NON RÉTABLI AVEC UNE MALADIE LÉGÈRE OU MODÉRÉE <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 10 jours suivant le début des symptômes ou date du test si asymptomatique (≤ 28 jours si immunosupprimé⁷) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement
H) USAGER NON RÉTABLI AVEC UNE MALADIE SÉVÈRE (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 21 jours suivant le début des symptômes ou date du test si asymptomatique (≤ 28 jours si immunosupprimé⁷) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement

Notes explicatives

1. Le PCR COVID-19 :
 - 1.1. Installation d'origine : le test fait à l'installation d'origine à l'admission n'a pas besoin d'être répété par l'installation d'origine avant le transfert (sauf pour usager symptomatique avec test négatif à l'admission) vers l'installation receveur.
 - 1.2. Installation receveur : le test à l'admission n'est pas requis si le cas est évalué « froid » (voir note 3). Si le cas est évalué « tiède » ou « chaud », refaire le test 48 heures après l'admission selon les modalités locales.
2. Il faut prendre en considération un séjour hospitalier si celui-ci a été d'une durée de plus de 24 heures. Si moins de 24 heures, aucune mesure à prendre.
3. L'évaluation de l'épidémiologie locale au niveau de la région, de l'établissement, de l'installation ou de l'unité de soins doit être fait en collaboration avec l'équipe de PCI afin de déterminer le « chaud » ou « froid ». Une adaptation locale de la grille est possible selon cette évaluation. La notion de « chaud » réfère soit à une région, un établissement, une installation ou une unité de soins avec transmission communautaire active ou éclosion dans le milieu de soins (ou l'unité de soins). Alors que « froid » réfère à pas de transmission communautaire active ni éclosion en cours dans le milieu de soins (ou l'unité de soins).
4. L'usager rétabli est celui ayant eu la COVID-19 il y a 3 mois et moins. Si plus de 3 mois se sont écoulés depuis l'épisode de la COVID-19, ne plus le considérer comme un usager rétabli et référer aux autres situations de l'usager du tableau.
5. Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers ayant fait une maladie légère ou modérée qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.
6. Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers ayant fait une maladie sévère qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.
7. Pour l'immunosuppression, référer à la définition de l'INESSS disponible au https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de PCR de contrôle pour lever les mesures d'isolement après 28 jours chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un usager pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de PCR négatifs entre le jour 21 et 28.

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins **de courte durée**

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

6 octobre 2020 – Version 9
Modifications apportées **en jaune**

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SRAS-CoV-2.

L'appellation SRAS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) est utilisée pour désigner ce nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour Coronavirus Disease 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur la COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection au SRAS-CoV-2 en milieu de soins aigus. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le **SRAS-CoV-2**. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et les nouvelles connaissances sur ce virus **et sur l'efficacité des mesures préventives**. **Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).**

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application **de mesures de prévention et de contrôle des infections** appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Préparation à la réception d'un usager suspecté ou confirmé

Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Référer à COVID-19 : Caractéristiques épidémiologiques et cliniques	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial, national et international :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees ▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html ▶ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et https://covid19.who.int/
Mode de transmission	<p>Il est reconnu par la majorité des organismes de santé publique que le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes et par contact (OMS, 2020a), habituellement dans un contexte de proximité et de durée prolongée (ex. : contacts familiaux). La transmission par voie aérienne en milieu de soins est présumée seulement lors de procédures générant des aérosols, ce qu'on appelle transmission aérienne opportuniste. Ceci suggère que le SRAS-CoV-2 ne se transmet pas par la voie aérienne lors de circonstances de soins usuelles, par opposition à la tuberculose par exemple, mais possiblement lors de procédures pouvant générer des aérosols infectieux (Romano-Bertrand S, <i>et al.</i>, 2020).</p> <p>La transmission peut aussi se faire via des objets contaminés à proximité immédiate de la personne infectée (OMS, 2020c), mais ce mode de transmission semble être de moindre importance.</p> <p>La littérature scientifique reconnaît la contribution des personnes asymptomatiques et présymptomatiques dans la transmission du SRAS-CoV-2. Les personnes présymptomatiques sont réputées développer des symptômes de 2 à 7 jours après qu'un test les ait identifiées SRAS-CoV-2 positif.</p> <p>Des études démontrent une possible transmission jusqu'à 2 à 3 jours avant l'apparition des symptômes (He, 2020). Il existe des personnes qui demeurent asymptomatiques sans développer de symptômes. La transmission du virus par des sujets infectés asymptomatiques est moins fréquente que la transmission par des sujets symptomatiques (OMS, 2020c).</p> <p>Bien que certaines études démontrent la présence de virus dans les selles, il n'y a pas d'évidence de transmission fécale-orale du SRAS-CoV-2 (Wolfel, 2020; Johns Hopkins, 2020, Sehmi, 2020).</p>
Tableau clinique	<p>Des informations sont disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ ▶ https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/ ▶ https://www.inspq.qc.ca/ et https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html

Définitions	
Cas aux fins de surveillance	<p>La COVID-19 est sur la liste des <i>Maladies à déclaration obligatoire</i>.</p> <p>Cas confirmé et cas confirmé par lien épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Se référer à la définition de cas au Définition de cas de COVID-19 – Québec <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).</p>
Cas nosocomial	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son admission si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son admission si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15* de l'admission <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours* et plus et jusqu'à 14 jours* après son admission (période maximale d'incubation du virus). <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours* après son admission et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et suite à l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p> <p>Note : le nombre de 7 jours a été choisi comme limite pour attribuer l'acquisition nosocomiale sur la base du CNISP, 2020.</p>
Contact étroit usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19 OU ▶ Usager ayant été en contact étroit avec un TdeS confirmé COVID-19. Une évaluation du risque de transmission devra être effectuée selon le port de l'ÉPI ou non par le TdeS OU ▶ Usagers qui font de l'errance en présence d'un cas confirmé sur l'unité de soins. L'errance est un facteur de risque d'acquisition.
Écllosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deux cas nosocomiaux (usagers et/ou TdeS) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ L'enquête épidémiologique devrait déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas. ▶ Alerte : Dès la présence d'un cas nosocomial dans l'installation, instaurer les interventions supplémentaires requises en présence d'une écllosion. ▶ Référer à « <i>Mesures de prévention et de contrôle des infections pour la gestion des écllosions en milieux de soins</i> ». Lien à venir.
Travailleurs de la santé (TdeS)	<p>Toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec les usagers OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

* Selon la date du début des symptômes ou la date du prélèvement si cas asymptomatique.

Pour les recommandations en lien avec le port du masque et de la protection oculaire, se référer aux documents suivants : [SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#) et [SRAS-CoV-2 : Port de la protection oculaire en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps	
Affichage	<p>Renforcer l'affichage aux entrées de l'établissement utilisées par les travailleurs de la santé (TdeS) et les usagers, dans les aires d'attente du triage et du prétriage (si en place dans l'installation), dans la zone adjacente à une borne électronique d'inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d'accueil ou d'inscription à l'urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical. ▶ Identifier la zone d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Afficher s'il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes. ▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
Pratiques de base	<p>Renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les TdeS, les usagers et les visiteurs. Se référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains ▶ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires ▶ Hygiène et salubrité de l'environnement selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. <p>S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle ▶ Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▶ Se référer à l'Outil de triage du MSSS.

* Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. Référer à : [Masques chirurgicaux ou de procédures : choix de l'équipement](#).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps	
Dépistage de l'utilisateur avant le bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référez aux documents ministériels https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/bloc-operatoire/ ▶ Référez à : COVID-19 Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19
Travailleurs de la santé (TdeS)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : ÉPI). ▶ Il est recommandé de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne, lors de leur arrivée au travail, d'un registre personnel attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour). ▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19. Procéder à un test de diagnostic de la COVID-19. Une évaluation par une autorité compétente est requise pour déterminer si le TdeS peut se présenter ou non au travail selon les procédures de l'établissement. Référez à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Tenir un registre de tous les TdeS entrant dans une chambre COVID-19. ▶ Restreindre au strict minimum le nombre de TdeS présents requis pour les soins de l'utilisateur dans la chambre. ▶ Constituer des équipes dédiées aux soins des usagers avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de TdeS pouvant être exposés.
Distanciation physique des TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir une distance minimale de deux mètres avec les autres TdeS sur l'unité, au poste de garde, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur.

Prise en charge d'un usager suspecté ou confirmé

Mesures à appliquer en tout temps	
Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Maintenir le port du masque médical pour l'usager. Si l'usager porte un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque médical.▶ Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'usager suspecté COVID-19. <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.▶ Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce : <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non). <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19 <p>Étape 3 (Personne suspectée qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Informer le microbiologiste-infectiologue de garde ou l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) selon les modalités prévues localement.▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA doit être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>

Mesures à appliquer pour un usager suspecté ou confirmé hospitalisé

Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'usager et les interventions effectuées (ex. : IMGA).</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé. ▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie). ▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat + pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>). ▶ 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. <p>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 : il est possible d'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 déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale).</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager hospitalisé 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>Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager asymptomatique avec facteurs de risque d'exposition dans les 14 derniers jours (ex. : de retour de voyage depuis moins de 14 jours, contact d'un cas suspect ou confirmé de COVID-19, usager ou TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active), et hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lors d'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, instaurer des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire pour la durée de celle-ci et jusqu'à ce que le temps d'attente du changement d'air post IMGA soit terminé.

Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de protection individuelle (ÉPI)	<p>Équipements de protection individuelle requis <u>sans IMGA</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. ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. <p>Équipements de protection individuelle requis <u>avec IMGA</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 N95 (APR N95). ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Privilégier l'écran facial. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. ▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI en tout temps. ▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement). <p>Dans le contexte de la COVID-19 et en présence d'une pénurie réelle ou appréhendée des ÉPI, l'utilisation prolongée ou la réutilisation des blouses, des masques et des protections oculaires peuvent être considérées. Se référer à : COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie</p> <p>Réutilisation des respirateurs N95 dans un contexte d'une pénurie réelle ou appréhendée lors de la pandémie de la COVID-19</p> <p>COVID-19 : Désinfection des protections oculaires à usage unique</p>
Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (antichambre ou corridor) à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'équipement de protection individuelle.</p> <p>L'ordre de retrait de l'ÉPI ci-dessous est tiré des méthodes de soins informatisées https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi, mais il peut être adapté selon les modalités locales.</p> <p>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire : Le retrait s'exécute dans la chambre de l'usager juste avant de sortir.</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.

Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dans la chambre, retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains. ▶ Retirer la protection oculaire, effectuer à nouveau l'hygiène des mains puis sortir de la chambre avec l'APR N95. ▶ Pour terminer, dès la sortie de la chambre (soit dans l'antichambre si présente ou dans le corridor), retirer l'APR N95 puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. <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</p> <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.</p>
Port du masque chez l'usager	<p>Si l'usager peut le tolérer et selon le type de soin donné (p. ex. : soins prolongés et à proximité de l'usager), le port du masque médical est recommandé. Il est possible aussi pour l'usager de se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou un linge propre.</p>
Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19 basés sur les travaux de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. ▶ Les IMGA à risque non documenté, nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de précautions aériennes. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port de l'APR N95 pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA à risque reconnue ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce avant la fin du temps d'attente.</p>
Hébergement	<p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'usager dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Favoriser le regroupement des cas confirmés (voir section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>). <p>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). ▶ Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative.

Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)

Durée des mesures*	<p>Pour les cas confirmés, selon l'évaluation du médecin traitant ou du microbiologiste-infectiologue :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles. <p>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 qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.</p> <p>Usagers avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) :</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 qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.</p> <p>Usagers avec immunosuppression (référer à la définition de l'INESSS : COVID-19 et personnes immunosupprimées)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Isolement pour 28 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 après 28 jours chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un usager pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de test de laboratoire négatifs entre le jour 21 et 28.</p> <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté, attendre la confirmation d'un résultat négatif du test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises.</p> <p>Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat du test de laboratoire SRAS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.</p>
---------------------------	---

* Le développement des connaissances sur la transmission et la durée de contagiosité de la COVID-19 apportent des modifications à nos recommandations. Le TAAN n'est pas un bon indicateur de contagiosité afin de lever les mesures. De plus, la durée de l'isolement de 10 jours a été retenue pour un cas non immunosupprimé. Ces articles soutiennent ces recommandations :

- ▶ La probabilité de retrouver du virus vivant ou répliquable diminue après l'apparition des symptômes et celui-ci n'a pas été retrouvé chez les usagers avec une maladie légère ou modérée après 10 jours suivant l'apparition des symptômes. (Wolfel, 2020; Arons, 2020; Bullard, 2020; Lu, 2020; CDC, 2020).
- ▶ Une étude qui présente le suivi des contacts des 100 premiers cas de COVID-19 confirmés à Taiwan n'a démontré aucun cas secondaire parmi les 852 contacts exposés six jours et plus après l'apparition des symptômes chez les cas index (Cheng *et al.*, 2020).
- ▶ Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours (Wolfel, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020; CDC, 2020).
- ▶ La détection de virus vivant a été documentée entre 10 et 20 jours après l'apparition des symptômes chez les usagers avec une maladie sévère et dans certains cas, chez des immunosupprimés. (van Kampen *et al.*, 2020).

Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Prélèvements et laboratoire	Les informations concernant les analyses de laboratoire sont disponibles au : Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): détection (TAAN) sur spécimen clinique
Manipulation des prélèvements	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté. ▶ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser les systèmes pneumatiques pour le transport. ▶ S'assurer que le TdeS qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination. ▶ Le laboratoire de l'établissement de santé doit respecter les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Transport de l'usager à l'intérieur de l'installation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager. ▶ Limiter les déplacements de l'usager à l'extérieur de la chambre. ▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.) ▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'usager à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'usager doit porter un masque médical lors du déplacement jusqu'à son entrée dans la salle d'examen. Si possible le garder pendant l'examen et le porter pour son retour à sa chambre. Il peut le retirer lorsque de retour à sa chambre. ▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▶ Aviser le service receveur que l'usager requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'usager avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'usager, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section <i>Retrait de l'ÉPI</i>) puis procéder à l'HDM. ▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours. ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'équipement de protection requis pendant toute la durée de la présence de l'usager. ▶ Suite au départ de l'usager de la salle de consultation ou d'examen, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. ▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. Le masque médical ou l'APR N95 n'est pas nécessaire. Par contre, la blouse et les gants doivent être portés. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé). ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'usager immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.

Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Transfert interétablissement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lors du transfert d'un cas suspect ou confirmé, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours. ▶ Référez au : Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs ▶ Procéder au triage du visiteur. Éviter autant que possible d'exposer une personne qui n'a pas déjà été exposée. ▶ Informer le visiteur sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▶ Aviser le visiteur de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager. ▶ Le visiteur doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation. En cas de non-respect des mesures de PCI, la procédure locale sera appliquée pour s'assurer du respect des mesures de PCI par les visiteurs. ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
Bénévoles	Se référer aux directives ministérielles.
Stagiaires/étudiants et résidents/externes	Se référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'usager. ▶ Désinfecter quotidiennement les aires communes utilisées par les TdeS. ▶ Utiliser un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ Utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager. Si l'équipement doit être sorti de la chambre, une désinfection de l'équipement doit être réalisée. ▶ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre de l'usager. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72h).
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <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 : gouttelettes-contact</p> <p>Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada.</p>
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du travailleur de la santé	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.

Mesures à appliquer en présence d'un usager suspecté ou confirmé (suite)	
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul à l'effet que la dépouille est COVID-19 positive avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▶ Si une IMGa a été réalisée avant le décès (ex. : RCR), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée. Référer à : COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires.</p>
Ventilation et climatisation	Référer à : Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19
Formation	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'identification d'un cas suspecté. ▶ Les précautions additionnelles requises ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), désinfection du matériel de soins, etc.)
Communication	S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle des infections sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.
Suivi DSPublique	Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) pour la COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.

Gestion des personnes exposées (usagers contacts étroits, TdeS)	
Exposition potentielle des travailleurs de la santé	<p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Exposition potentielle et prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition de contact étroit	<p>Recherche des contacts étroits :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Faire une recherche des contacts étroits, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'installation. ▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces contacts avec les cas suspects (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ou avec les cas confirmés. ▶ L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque médical ou non par l'usager, le partage de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite. <p>Prise en charge du contact étroit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales et surveillance quotidienne des symptômes compatibles avec la COVID-19 pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, il faut poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition: cesser les précautions additionnelles requises. ▶ Les déplacements de l'usager hors de sa chambre doivent être limités à ceux absolument requis pour des raisons médicales. ▶ Lors de ses déplacements, l'usager doit porter un masque médical et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre. ▶ L'usager doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ▶ Si un usager (asymptomatique) quitte l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.

Admission- réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli »		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager COVID confirmée (test de laboratoire, lien épidémiologique) ou cas clinique avec maladie légère ou modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (test de laboratoire, lien épidémiologique) ou cas clinique avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19)</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours et moins de 28 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (test de laboratoire, lien épidémiologique) ou cas clinique chez un usager immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de plus de 21 jours, mais moins de 28 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et n'ayant pas eu de test de laboratoire de contrôle 	<p>Admettre en zone chaude et</p> <ul style="list-style-type: none"> Attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide. OU Réaliser un test de laboratoire de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> si test de laboratoire positif : attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide si 2 tests de laboratoire négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
Plus de 28 jours après le début des symptômes	<p>COVID confirmée (test de laboratoire, lien épidémiologique) ou cas clinique chez un usager immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 28 jours, post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide

* Sans prise d'antipyrétique.

Mesures à appliquer pour plusieurs usagers suspectés ou confirmés hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les adaptations peuvent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI. ▶ L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation : ▶ Seuls les usagers hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et ayant un résultat positif doivent être hébergés dans une zone chaude. ▶ Blouse, masque médical et protection oculaire : possibilité de conserver entre les cas si non visiblement souillés (à évaluer avec l'équipe de PCI locale en fonction du type de cohorte). ▶ Gants à changer entre chaque usager avec hygiène des mains. ▶ Éviter de mettre un cas suspect COVID-19 dans une cohorte de cas confirmés COVID-19 avant la confirmation de son diagnostic. Une cohorte distincte devrait être prévue (zone tiède). Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis dans ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque le statut infectieux est inconnu. Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers. ▶ Une zone froide devrait héberger que des usagers asymptomatiques (ex. : nouvelle admission pour diagnostic autre que COVID-19). ▶ Dans le cas où plusieurs cas confirmés COVID-19 sont hospitalisés sur la même unité, il existe différentes possibilités de cohortage (p. ex. cohorte d'une section de l'unité, cohorte à la chambre, cohorte extensionnée avec chambre et corridor). ▶ Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, les aires communes et le poste de garde peuvent être considérés comme une zone chaude ou une zone froide. Deux possibilités pour ces aires communes : ▶ Peuvent être incluses dans la zone chaude et l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans ces aires communes. ▶ Peuvent être exclues et l'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer (zone propre). ▶ Lors des déplacements d'une zone vers une autre (ex. : chaude → tiède → froide), des mesures en regard de l'ÉPI doivent être appliquées : ▶ Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, la blouse et les gants doivent être retirés, un nouveau masque doit être porté et la protection oculaire doit être changée ou désinfectée. ▶ Si deux cas suspects ou contacts étroits sont placés dans la même chambre, garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette dédiés (ou chaise d'aisance dédiée) pour chaque usager. ▶ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), la blouse et les gants doivent être retirés suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. La protection oculaire et le masque peuvent être conservés. ▶ Prévoir retirer de la zone chaude ou tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72h). ▶ La gestion du mouvement des TdeS doit être faite en fonction des directives du MSSS. ▶ Les professionnels de la santé qui effectuent des tournées sur cette unité doivent débiter, dans la mesure du possible, par la zone froide, suivi de la zone tiède et terminer par la zone chaude.
---	---

<p>Hygiène et salubrité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.). ▶ Référez à l'annexe 1B du document du MSSS <i>Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité</i> https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000285/ ▶ Référez à : Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact
<p>Équipement de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins. ▶ Équipement de soins et matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité. ▶ En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) par les différentes cohortes de l'unité, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements après chaque utilisation.

Références

- Arons, M.M., Hatfield, K.M., Reddy, S.C., Kimball, A., James, A. *et al.* (2020). Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England Journal of Medicine*. Repéré au : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457>
- Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*. Repéré au : <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa638/5842165>
- Canadian Association of Gastroenterology. (2020) *COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities*. 16 mars 2020. Repéré au : <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-Statement-COVID-&-Endoscopy.pdf>
- Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). (2020). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. Version 2020-04-28. P.4. Repéré au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf
- Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings*. Version 2020-07-15. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
- Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-09-10. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
- Center for disease control and prevention (CDC), (2020b). *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19*. Version 2020-09-10. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
- Center for infectious disease research and policy (CIDRAP). (2020). *Study highlights ease of spread of COVID-19 viruses*. Version 2020-03-09. Repéré au : <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). Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020
- Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-04-02. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>
- Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-04-30. Repéré au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>
- Gouvernement du Québec. (2013). *Maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-271-07W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2015). *Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré au : <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). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*. Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>

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

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. Version 2020-09-24. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/personnes-immunosupprimees-mise-a-jour-completee-07-05-2020.html>

Kujawski, S.A. *et al.* (2020). Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nature medicine*. Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0877-5>

Lombardi, A., Bozzi, G., Mangioni, D., Muscatello, A., Peri, A.M. *et al.* (2020). Duration of quarantine in hospitalized patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Journal of hospital infection*.

Lu, J., Peng, J., Xiong, Q., Liu, Z., Lin, H., *et al.* (2020). Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-03-19. Repéré au : [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 (OMS). (2020b). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 27 mai 2020. Repéré au : [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

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

Romano-Bertrand S., Aho-Glele L.S., Grandbastien B., Gehanno, JF., et Lepelletier, D. (2020). Sustainability of SARS-CoV-2 in aerosols: Should we worry about airborne transmission. *Journal of hospital infection*, 12 juin 2020. Repéré au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7291993/>

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

van Kampen, J., van de Vijver, D., Fraaij, P., Haagmans, B., Lamers, M., *et al.* (2020). Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <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). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. *Nature*. 581 (465-469). Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2196-x>

Wu, Zunyou et McGoogan, J.M. (2020). 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*, 24 février 2020.

Xiao, F., Sun, J., Xu, Y., Li, F., Huang, X., *et al.* (2020). Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020 ; 26(8) :10. 3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTRICES

Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2906

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

7 janvier 2021 – Version 10.0. Modifications apportées en jaune

Le manque de données sur les effets du vaccin au niveau de la transmission ne nous permet pas de modifier les différentes recommandations :

- ▶ Le travailleur de la santé (et l'utilisateur lorsqu'applicable) doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections peu importe son statut vaccinal (hygiène des mains, distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle).
- ▶ Il est trop tôt pour statuer sur l'impact du statut vaccinal en lien avec les critères d'exposition d'un travailleur de la santé ou d'un usager. Les recommandations en vigueur dans ce document sont donc maintenues.

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SRAS-CoV-2. L'appellation SRAS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) est utilisée pour désigner ce nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour Coronavirus Disease 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

Cette fiche présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en présence d'un cas d'infection au SRAS-CoV-2 en milieu de soins de courte durée. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur la COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances internationales reconnues concernant le SRAS-CoV-2. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et les nouvelles connaissances sur ce virus et sur l'efficacité des mesures préventives. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Préparation à la réception d'un usager suspecté ou confirmé

Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Référer à COVID-19 : Caractéristiques épidémiologiques et cliniques	
Surveillance	Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial, national et international : <ul style="list-style-type: none">▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html▶ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et https://covid19.who.int/
Mode de transmission	Référer à : Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie
Tableau clinique	Des informations sont disponibles : <ul style="list-style-type: none">▶ https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/▶ https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/▶ https://www.inspq.qc.ca/ et https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html

Définitions	
Cas aux fins de surveillance	<p>La COVID-19 est sur la liste des <i>Maladies à déclaration obligatoire</i>.</p> <p>Cas confirmé et cas confirmé par lien épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Se référer à la définition de cas au Définition de cas de COVID-19 – Québec <p>Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).</p>
Travailleurs de la santé (TdeS)	<p>Toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec la clientèle OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	<p>48 h précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique et jusqu'à la levée de l'isolement.</p> <p>Se référer à la section <i>Durée des mesures</i> des documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SRAS-CoV-2: Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de réadaptation physique, de déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme
Cas nosocomial	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15 de l'arrivée dans le milieu de soins. <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours* et plus et jusqu'à 14 jours depuis son arrivée dans le milieu de soins (période maximale d'incubation du virus). <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours* après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et à la suite de l'évaluation de l'utilisateur par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'utilisateur et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p>

* Note : le nombre de 7 jours a été choisi comme limite pour attribuer l'acquisition nosocomiale sur la base du CNISP, 2020.

Définitions (suite)	
Contact étroit usager	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'ÉPI porté, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : déplacement d'un ÉPI pendant les manipulations de l'usager, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage).</p> <p>Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'établissement ou de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglass, etc.) qu'un cas confirmé COVID-19 durant sa période de contagiosité. <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager qui n'est pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition. <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les usagers suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces usagers serait alors effectué au même moment que les autres usagers contacts étroits décrits ci-haut.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit <p style="text-align: center;">ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Séjournant sur une unité de soins, sur une unité de réadaptation ou dans un milieu de vie où il y a présence d'un cas confirmé COVID-19 (usager et/ou TdeS) durant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne (ex. : partage d'équipement de soins, partage du même personnel de soins).</p>

Définitions (suite)	
Contact étroit travailleur de la santé	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'ÉPI porté, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant donné des soins à un usager confirmé COVID-19 à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées durant sa période de contagiosité. <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant eu des contacts significatifs à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées avec un TdeS confirmé COVID-19 qui portait adéquatement ou non un masque médical durant sa période de contagiosité (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.) <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement l'appareil de protection respiratoire N95 ou le masque médical ET la protection oculaire et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les TdeS suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces TdeS serait alors effectué au même moment que les autres TdeS contacts étroits décrits ci-haut.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé COVID-19 pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS <p style="text-align: center;">ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un usager confirmé COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un TdeS confirmé COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.</p>
Écllosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deux cas (usagers et/ou TdeS) nosocomiaux avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas. ▶ Dès le premier cas nosocomial, il pourrait être requis, à des fins d'interventions, d'instaurer immédiatement les actions nécessaires en présence d'une écllosion. L'évaluation du service de PCI ou de la DSPublique est nécessaire dans cette situation. Se Référer à : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des écllosions en milieux de soins

Pour les recommandations en lien avec le port du masque et de la protection oculaire, se référer aux documents suivants : [SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#) et [SRAS-CoV-2 : Port de la protection oculaire en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps

<p>Affichage</p>	<p>Renforcer l'affichage aux entrées de l'établissement utilisées par les travailleurs de la santé (TdeS) et les usagers, dans les aires d'attente du triage et du prétriage (si en place dans l'installation), dans la zone adjacente à une borne électronique d'inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d'accueil ou d'inscription à l'urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical*. ▶ Identifier la zone d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Afficher s'il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes. ▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
<p>Pratiques de base</p>	<p>Renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les TdeS, les usagers, les visiteurs et les personnes proches aidantes. Se référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains ▶ Hygiène et étiquette respiratoires. Se référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires ▶ Hygiène et salubrité de l'environnement selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. <p>S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle ▶ Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie
<p>Hygiène des mains</p>	<p>Selon l'évaluation du type de milieu et de la clientèle, installer des stations d'hygiène des mains accessibles et sécuritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ex : Présence de distributeurs de solution hydroalcoolique (SHA) à la porte des chambres ou dans les chambres.

* Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. **Référer à : [SRAS-CoV-2 : choix et port du masque médical en milieu de soins](#).**

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau.
Port du masque chez l'usager	<p>Le port du masque médical est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur). Ceci est applicable pour tous les secteurs de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usagers en ambulatoire (ex. : urgence, cliniques externes, médecine de jour) ▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard à la zone où ils se trouvent (froide, tiède, chaude). <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne tolérant pas le port du masque ▶ Usager qui dort ▶ Interférence avec les soins <p>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'usager infecté) diminue l'expulsion de particules respiratoires. Ajoutée au port du masque chez les TdeS, cette mesure est plus efficace que lorsque le masque n'est porté que par le TdeS (diminue le risque d'acquisition). Des données démontrent une diminution significative de la transmission nosocomiale avec le port universel du masque chez les usagers et les TdeS (Mermel, 2020 ; Nguyen, 2020 ; Seidelman, 2020 ; Zhang, 2020).</p> <p>Le masque médical utilisé par l'usager devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référer aux documents SRAS-CoV-2 : choix et port du masque médical en milieu de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte ▶ Être changé minimalement à toutes les 24 heures. S'il est porté de façon soutenue ou s'il est mouillé, souillé ou endommagé il doit être changé plus souvent. Une évaluation locale est requise.
Port du masque chez le travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux documents SRAS-CoV-2 : choix et port du masque médical en milieu de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte ▶ Un masque médical ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui est un cas suspecté ou confirmé COVID-19. ▶ Un masque médical ASTM niveau 1 est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou confirmé COVID-19. ▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être changé à la sortie de la chambre d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause. ▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé. ▶ Être changé lors des pauses et des repas. ▶ Être porté pour une durée maximale de 4 h outre les situations énumérées ci-haut.

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Dépistage de l'utilisateur avant le bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/bloc-operatoire/ ▶ Référer à : COVID-19 Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19
Travailleurs de la santé (TdeS)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : distanciation physique, port de l'ÉPI recommandé). ▶ Il est recommandé de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne, lors de leur arrivée au travail, d'un registre personnel attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour). ▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins. ▶ Restreindre au strict minimum le nombre de TdeS présents requis pour les soins de l'utilisateur dans la chambre. ▶ Constituer des équipes dédiées aux soins des usagers avec COVID-19, afin de diminuer le nombre de TdeS pouvant être exposés.
Distanciation physique des TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir une distance minimale de deux mètres avec les autres TdeS sur l'unité, au poste de garde, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur.

Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé

Mesures à appliquer en tout temps	
Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Maintenir le port du masque médical pour l'utilisateur. Si l'utilisateur porte un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque médical.▶ Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'utilisateur suspecté COVID-19. <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.▶ Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce : <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non). <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés COVID-19 <p>Étape 3 (Personne suspectée qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Informer le microbiologiste-infectiologue de garde ou l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) selon les modalités prévues localement.▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA doit être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'utilisateur le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>

Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé hospitalisé

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'utilisateur et les interventions effectuées (ex. : Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)).</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé. ▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie). ▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat + pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager suspecté ou confirmé COVID-19 hospitalisé lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>). ▶ 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) (ASPC, 2014). ▶ 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 déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale). <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire. ▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 14 derniers jours (ex. : de retour de voyage depuis moins de 14 jours, contact d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, usager ou TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active), et hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19. ▶ Lors de la réalisation d'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, référer à : Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19 pour connaître les précautions additionnelles à mettre en place.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Équipements de protection individuelle (ÉPI)

Équipements de protection individuelle requis sans IMGA

- ▶ 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.
- ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets.

Équipements de protection individuelle requis avec IMGA :

- ▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. **Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques.**
- ▶ Appareil de protection respiratoire N95 (APR N95) :
 - ▶ **Les TdeS devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR N95 ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate.**
- ▶ **Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour assurer que l'APR N95 n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas l'ajustement et l'étanchéité de l'APR N95. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.**
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets.

Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :

- ▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.
- ▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI en tout temps.
- ▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement).

Dans le contexte de la COVID-19 et en présence d'une pénurie réelle ou appréhendée des ÉPI, l'utilisation prolongée ou la réutilisation des blouses, des masques et des protections oculaires peuvent être considérées. Se référer à :

[COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie](#)

[Réutilisation des respirateurs N95 dans un contexte d'une pénurie réelle ou appréhendée lors de la pandémie de la COVID-19](#)

[COVID-19 : Désinfection des protections oculaires à usage unique](#)

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Retrait de l'équipement de protection individuelle

Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (antichambre ou corridor) à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'ÉPI.

L'ordre de retrait de l'ÉPI ci-dessous est tiré des méthodes de soins informatisées <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi>, mais il peut être adapté selon les modalités locales.

Une procédure pour le retrait de l'ÉPI est aussi disponible sur le site internet de l'ASSTSAS : <http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf>, mais elle peut être adaptée selon les modalités locales.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

Le retrait s'exécute dans la chambre de l'utilisateur juste avant de sortir.

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Pour terminer, retirer le masque puis procéder à l'hygiène des mains.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- ▶ Dans la chambre, retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire, effectuer à nouveau l'hygiène des mains puis sortir de la chambre avec l'APR N95.
- ▶ Pour terminer, dès la sortie de la chambre (soit dans l'antichambre si présente ou dans le corridor), retirer l'APR N95 puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains.

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.

- ▶ Lors d'un regroupement d'utilisateurs en zone tiède, les ÉPI doivent être changés entre chaque usager puisque leur statut infectieux est inconnu. Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers.
- ▶ Lors d'un regroupement de cas en zone chaude, changer seulement les gants sauf si l'ÉPI est souillé. Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. ▶ Les IMGA à risque non documenté, nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de précautions aériennes. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port de l'APR N95 pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA à risque reconnue ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce avant la fin du temps d'attente.</p>
Hébergement	<p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Favoriser le regroupement des cas confirmés (voir section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>). <p>Si l'utilisateur suspecté est en chambre multiple dans l'attente du résultat OU si l'utilisateur confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés 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) ▶ Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette (ou chaise d'aisance) réservée pour chaque usager. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Il serait possible d'héberger temporairement dans une chambre individuelle avec la porte fermée et avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance) un usager dans l'attente de la libération de la chambre à pression négative.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Durée des mesures*

L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles.

Usagers avec maladie légère ou modérée :

- ▶ Isolement pour 10 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET
- ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET
- ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)

Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.

Usagers avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19) :

- ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes ET
- ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET
- ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)

Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.

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

- ▶ Isolement pour 28 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET
- ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET
- ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)

Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement après 28 jours chez les usagers qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un usager pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de test de laboratoire négatifs entre le jour 21 et 28.

Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté, attendre la confirmation d'un résultat négatif du test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises.

Dans le contexte où il y aurait un délai à recevoir le résultat du test de laboratoire SRAS-CoV-2, un diagnostic alternatif à une suspicion de COVID-19 qui rend le diagnostic de COVID-19 obsolète pourrait permettre de cesser l'isolement, selon le jugement du clinicien.

* Le développement des connaissances sur la transmission et la durée de contagiosité de la COVID-19 apportent des modifications à nos recommandations. Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) n'est pas un bon indicateur de contagiosité afin de lever les mesures. De plus, la durée de l'isolement de 10 jours a été retenue pour un cas non immunosupprimé. Ces articles soutiennent ces recommandations :

- ▶ La probabilité de retrouver du virus vivant ou répliquable diminue après l'apparition des symptômes et celui-ci n'a pas été retrouvé chez les usagers avec une maladie légère ou modérée après 10 jours suivant l'apparition des symptômes. (Wolfel, 2020; Arons, 2020; Bullard, 2020; Lu, 2020; CDC, 2020).
- ▶ Une étude qui présente le suivi des contacts des 100 premiers cas de COVID-19 confirmés à Taiwan n'a démontré aucun cas secondaire parmi les 852 contacts exposés six jours et plus après l'apparition des symptômes chez les cas index (Cheng *et al.*, 2020).
- ▶ Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours (Wolfel, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020; CDC, 2020).
- ▶ La détection de virus vivant a été documentée entre 10 et 20 jours après l'apparition des symptômes chez les usagers avec une maladie sévère et dans certains cas, chez des immunosupprimés. (van Kampen *et al.*, 2020).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Prélèvements et laboratoire	Les informations concernant les analyses de laboratoire sont disponibles au : Coronavirus (SARS-CoV-2;COVID-19); détection (TAAN) sur spécimen clinique
Manipulation des prélèvements	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID- 19 suspecté. ▶ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. Ne pas utiliser les systèmes pneumatiques pour le transport. ▶ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination et que les pratiques de biosécurité appropriées (précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) sont appliquées lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Transport de l'usager à l'intérieur de l'installation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager. ▶ Limiter les déplacements de l'usager à l'extérieur de la chambre. ▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.) ▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'usager à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le port du masque médical est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur). Référez à la section <i>Port du masque chez l'usager</i>. ▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▶ Aviser le service receveur que l'usager requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'usager avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'usager, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section Retrait de l'ÉPI) puis procéder à l'HDM. ▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours. ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'équipement de protection requis pendant toute la durée de la présence de l'usager. ▶ Suite au départ de l'usager de la salle de consultation ou d'examen, si requis respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. ▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. Le masque médical ou l'APR N95 n'est pas nécessaire. Par contre, la blouse et les gants doivent être portés. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspectés ou confirmés COVID-19 prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé). ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'usager immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Transfert de l'utilisateur interétablissement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours. ▶ Référer au : Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19
Gestion des visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs ▶ L'installation doit s'assurer d'une vigie des symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les visiteurs et les personnes proches aidantes afin de valider s'ils présentent des facteurs de risques d'acquisition et ainsi que des critères d'exclusion. ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite devra être alors reportée. ▶ Informer le visiteur sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. ▶ Aviser le visiteur de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'utilisateur. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation, 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 des mesures de PCI par les visiteurs. ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs entrant dans la chambre.
Bénévoles	Se référer aux directives ministérielles.
Stagiaires/étudiants et résidents/externes	Se référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.
Équipements de soins	<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. ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'utilisateur. ▶ Désinfecter quotidiennement les aires communes utilisées par les TdeS. ▶ 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 72heures).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <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 : gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. ▶ 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.
Buanderie-lingerie	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement.</p>
Vêtements du travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retirer les vêtements de travail, incluant les survêtements (sarrau, etc.), à la fin du quart de travail et les placer dans un sac en tissu ou en plastique lorsque possible. Sinon, retirer les vêtements de travail dès l'arrivée à la maison. ▶ Éviter de secouer le sac et les vêtements souillés. ▶ Laver les vêtements portés au travail après chaque journée, conformément aux instructions du fabricant en utilisant un détergent habituel et selon la température de l'eau recommandée pour le vêtement. Ceux-ci n'ont pas à être lavés séparément des autres vêtements. ▶ S'assurer que le vêtement de travail est toujours utilisé par la même personne tant qu'il n'a pas été lavé.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Manipulation des dépouilles et autopsie</p>	<p>Référer à : Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul à l'effet que la dépouille est COVID-19 positive avant de sortir la dépouille de la chambre. Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. ▶ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : RCR), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée. Référer à : COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires</p>
<p>Ventilation et climatisation</p>	<p>Référer à : Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19</p>
<p>Formation</p>	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains ▶ L'identification d'un cas suspecté. ▶ Les précautions additionnelles requises ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI
<p>Audits</p>	<p>Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), hygiène des mains, désinfection du matériel de soins, etc.)</p>
<p>Communication</p>	<p>S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle des infections sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>
<p>Suivi DSPublique</p>	<p>Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) pour la COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.</p>

Gestion des personnes exposées (usagers contacts étroits, TdeS)

Exposition potentielle des travailleurs de la santé	<p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer à :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins▶ SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Exposition potentielle et prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition de contact étroit	<p>Recherche des contacts étroits</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Faire une recherche des contacts étroits (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé).▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces contacts avec les cas suspectés COVID-19 (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ou avec les cas confirmés COVID-19.▶ L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque médical ou non par l'utilisateur, le partage de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite. <p>Prise en charge du contact étroit</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Isolement préventif en précautions additionnelles gouttelettes-contact.▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19.▶ Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, il faut poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition: cesser les précautions additionnelles requises.▶ Les déplacements de l'utilisateur hors de sa chambre doivent être limités à ceux absolument requis pour des raisons médicales.<ul style="list-style-type: none">▶ L'utilisateur doit porter un masque médical pour toute la durée du déplacement, le garder pendant l'examen (si applicable selon le type d'examen) et le porter pour son retour à sa chambre. Il peut le retirer lorsque de retour à sa chambre et si aucune personne (TdeS, autre usager, visiteur) ne se trouvent à moins de 2 mètres.▶ L'utilisateur doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires.▶ Si un usager (asymptomatique) quitte l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.

Admission- réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli » (ayant eu un diagnostic COVID-19 depuis moins de 3 mois)		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) ou cas clinique avec maladie légère ou modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) ou cas clinique avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou ayant été admis aux soins intensifs en lien avec la COVID-19)</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours et moins de 28 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) ou cas clinique chez un usager immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de plus de 21 jours, mais moins de 28 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et n'ayant pas eu de test de laboratoire de contrôle 	<p>Admettre en zone chaude et</p> <ul style="list-style-type: none"> Attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser un test de laboratoire de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> si test de laboratoire positif : attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide si 2 tests de laboratoire négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
Plus de 28 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) ou cas clinique chez un usager immunosupprimé</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 28 jours, post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide

* Sans prise d'antipyrétique.

Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes</p>	<p>Les adaptations peuvent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI.</p> <p>L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation :</p> <p>Zone chaude</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Seuls les usagers admis en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 et ayant un résultat positif doivent être hébergés dans une zone chaude.▶ Pour diminuer la quantité de virus expulsé dans l'air d'une chambre commune qui héberge deux ou plusieurs cas confirmés COVID-19, notamment si espace restreint, des chambres individuelles devraient être privilégiées.▶ Les cohortes devraient être étendues pour réduire le nombre d'usagers contagieux dans un espace restreint. Éviter de regrouper une grande densité d'usager dans un petit espace physique (ex. : éviter d'héberger plus de 2 usagers ayant un diagnostic de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer l'étendue de la cohorte).▶ Blouse, masque médical et protection oculaire : il est possible de les conserver entre les cas si non visiblement souillés (à évaluer avec l'équipe de PCI locale en fonction du type de cohorte).▶ Changer de gants entre chaque usager et procéder à l'hygiène des mains après le retrait des gants. <p>Zone tiède</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Éviter de mettre un cas suspecté COVID-19 dans une cohorte de cas confirmés COVID-19.▶ Une cohorte distincte devrait être prévue (zone tiède).▶ Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis dans ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque le statut infectieux est inconnu.▶ Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers.▶ Si deux cas suspectés ou contacts étroits sont placés dans la même chambre, garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette dédiés (ou chaise d'aisance dédiée) pour chaque usager. <p>Zone froide</p> <p>Une zone froide devrait héberger que des usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition.</p> <p>Informations générales</p> <p>Dans le cas où plusieurs cas confirmés COVID-19 sont admis sur la même unité ou le milieu de réadaptation, il existe différentes possibilités de cohortage (p. ex. cohorte d'une section de l'unité, cohorte à la chambre).</p> <p>Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, les aires communes et le poste de garde peuvent être considérés comme une zone chaude ou une zone froide. Deux possibilités pour ces aires communes :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Peuvent être incluses dans la zone chaude et l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans ces aires communes.▶ Peuvent être exclues de la zone chaude et l'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer (zone propre).
---	--

	<p>Les professionnels de la santé qui effectuent des tournées sur cette unité doivent débiter, dans la mesure du possible, par la zone froide, suivi de la zone tiède et terminer par la zone chaude.</p> <p>Si des déplacements d'une zone vers une autre (ex. : chaude → tiède → froide) sont requis, des mesures en regard de l'ÉPI doivent être appliquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, la blouse et les gants doivent être retirés, un nouveau masque doit être porté et la protection oculaire doit être changée ou désinfectée. <p>Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), la blouse et les gants doivent être retirés suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI peu importe le type de zone.</p> <p>Prévoir retirer de la zone chaude ou tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).</p> <p>La gestion du mouvement des TdeS doit être faite en fonction des directives du MSSS.</p>
<p>Hygiène et salubrité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.). ▶ Référer à l'annexe 1B du document du MSSS <i>Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité</i> https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000285/ <p>Référer à : Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) -Type de précautions : gouttelettes-contact</p>
<p>Équipement de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins. ▶ Équipement de soins et matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité. <p>En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) par les différentes cohortes de l'unité, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements après chaque utilisation.</p>

Références

- Arons, M.M., Hatfield, K.M., Reddy, S.C., Kimball, A., James, A. *et al.* (2020). Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England Journal of Medicine*. Repéré au : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457>
- Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious disease*. Repéré au : <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa638/5842165>
- Canadian Association of Gastroenterology. (2020) *COVID-19: Advice from the Canadian Association of Gastroenterology for endoscopy facilities*. 16 mars 2020. Repéré au : <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-Statement-COVID-&Endoscopy.pdf>
- Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). (2020). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. Version 2020-04-28. P.4. Repéré au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf
- Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings*. Version 2020-07-15. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
- Centers for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Interim clinical guidance for management of patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Version 2020-09-10. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
- Center for disease control and prevention (CDC), (2020b). *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19*. Version 2020-09-10. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
- Center for infectious disease research and policy (CIDRAP). (2020). *Study highlights ease of spread of COVID-19 viruses*. Version 2020-03-09. Repéré au : <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). Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020
- Gouvernement du Canada. (2020). *Définition nationale de cas provisoire : nouveau coronavirus (nCoV-2019)*. Version du 2020-04-02. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Repéré au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html>
- Gouvernement du Canada. (2020a). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-04-30. Repéré au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html>
- Gouvernement du Québec. (2013). *Maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-271-07W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2015). *Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré au : <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). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*. Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et anosmie sévère brutale et perte de goût sans obstruction nasale*. Québec. Version 2020-04-01. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/anosmie-perte-de-gout-obstruction-nasale-mise-a-jour-completee-01-04-2020.html>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. Version 2020-09-24. Repéré au : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/personnes-immunosupprimees-mise-a-jour-completee-07-05-2020.html>

Kujawski, S.A. *et al.* (2020). Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nature medicine*. Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0877-5>

Lombardi, A., Bozzi, G., Mangioni, D., Muscatello, A., Peri, A.M. *et al.* (2020). Duration of quarantine in hospitalized patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Journal of hospital infection*.

Lu, J., Peng, J., Xiong, Q., Liu, Z., Lin, H., *et al.* (2020). Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>

Mermel, L. A. (2020). Respiratory Protection for Healthcare Workers Caring for COVID-19 Patients. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(9), 1064-1065. DOI:10.1017/ice.2020.175

Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C.-G., *et al.* T. (2020). 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. DOI: 10.1101/2020.04.29.20084111

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020a). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-03-19. Repéré au : [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 (OMS). (2020b). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 27 mai 2020. Repéré au : [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

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

Romano-Bertrand S., Aho-Glele L.S., Grandbastien B., Gehanno, JF., *et al.* Lepelletier, D. (2020). Sustainability of SARS-CoV-2 in aerosols: Should we worry about airborne transmission. *Journal of hospital infection*, 12 juin 2020. Repéré au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7291993/>

Sehmi, P. *et al.* Cheruiyoy, I. (2020). *Presence of live SARS-CoV-2 virus in feces of coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients : a rapid review*. MedRXiv preprint, 29 juin 2020. Repéré au : <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). 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. DOI:10.1017/ice.2020.313

van Kampen, J., van de Vijver, D., Fraaij, P., Haagmans, B., Lamers, M., *et al.* (2020). Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au : <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). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. *Nature*. 581 (465-469). Repéré au : <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2196-x>

Wu, Zunyou *et al.* McGoogan, J.M. (2020). 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*, 24 février 2020.

Xiao, F., Sun, J., Xu, Y., Li, F., Huang, X., *et al.* (2020). Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020 ; 26(8) :10. 3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

Zhang, X. S. & Duchaine, C. (2020) 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. DOI: 10.1128/CMR.00184-20

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
V 10.0	2020-12-18	p.1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'un encadré sur gestion des travailleurs de la santé et des usagers en lien avec statut vaccinal COVID-19
		p. 3 à 5	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plusieurs ajouts et modifications dans les définitions dont : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout de la définition période de contagiosité (pour intervention) ▶ Modification de la définition de cas nosocomial ▶ Modification de la définition éclosion ▶ Modification de la définition contact étroit usager et contact élargi usager ▶ Ajout des définitions contact étroit et contact élargi travailleur de la santé
		p.6	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'une section « Hygiène des mains »
		p.6	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'une section « Indications port du masque chez l'utilisateur »
		p.7	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'une section « Indications port du masque chez le travailleur de la santé »
		p.10	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'une précision sur le temps d'attente des changements d'air post IMGA.
		p.11	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bonification des recommandations sur l'ÉPI requis lors d'une IMGA.
		p.13	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bonification des recommandations d'hébergement lorsque des précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant protection oculaire sont en places
		p.15	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'un libellé sur le port du masque chez l'utilisateur lors des transports à l'intérieur de l'établissement
		p.17	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'une section de recommandation sur la prise en charge des vêtements des travailleurs de la santé
		p.21-22	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plusieurs ajouts et modifications dans la section « Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes »

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers

Natasha Parisien, conseillère scientifique

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil

Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative

Direction des risques biologiques et de la santé du travail

© Gouvernement du Québec (2021)

N° de publication : 2906

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

Mise à jour le **13 mai 2021 – Version 11.0** modifications apportées en jaune

Sommaire

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	3
Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	10
Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé	11
Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19	22
Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins	23

Vaccination

Une bonne couverture vaccinale tant chez les travailleurs de la santé (TdeS) que chez les usagers diminue le risque de transmission nosocomiale dans les milieux de soins. L'augmentation progressive des taux de couverture vaccinale (1 dose) pour l'ensemble de la population ainsi que celui des TdeS (2 doses) de même que la présence de variants sous surveillance rehaussée (VSSR) du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec actuellement influencent nos recommandations :

- ▶ Le TdeS doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que les directives ministérielles et les consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains).
- ▶ Le statut vaccinal du TdeS permet de moduler les indications de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19. 19

Variants sous surveillance rehaussée (VSSR)

Le Cinq surveille de près les données épidémiologiques de la vigie génomique des variants qui permet de documenter la progression des cas de VSSR du SRAS-CoV-2 parmi l'ensemble des cas de COVID-19. Advenant des données épidémiologiques démontrant la circulation de VSSR pour lesquels il y a des preuves scientifiques d'échappement immunitaire significatif, les recommandations seront ajustées en conséquence et une mise à jour du document [Variants sous surveillance rehaussée du SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#) sera produite.

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines espèces peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche SRAS-CoV-2. L'appellation SRAS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) est utilisée pour désigner le coronavirus lié à l'actuelle pandémie, tandis que le terme COVID-19 (pour Coronavirus Disease 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

Ce document présente les mesures de prévention et contrôle des infections recommandées en lien avec la présence du SRAS-CoV-2 en milieu de soins de courte durée. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique, les nouvelles connaissances sur ce virus et sur l'efficacité des mesures préventives. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).

L'identification rapide d'un usager ou d'un travailleur de la santé (TdeS) pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application des mesures de PCI sont prioritaires pour prévenir une transmission du virus.

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux directives ministérielles ainsi qu'aux autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/>

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19

Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Surveillance	Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial et national : <ul style="list-style-type: none">▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html
Mode de transmission	Référez à : Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie
Tableau clinique	Des informations sont disponibles : <ul style="list-style-type: none">▶ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/▶ https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques.html▶ https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19

Définitions	
Cas aux fins de surveillance	<p>La COVID-19 est une maladie surveillée dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la pandémie de SRAS-CoV-2.</p> <p>Cas confirmé par laboratoire et cas confirmé par lien épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer à la définition de cas au Définition de cas de COVID-19 – Québec ▶ Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).
Cas suspecté de COVID-19	Usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test ou en attente de résultat de test de laboratoire pour la COVID-19.
Travailleurs de la santé (TdeS)	<p>Toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec la clientèle OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	De 48 heures précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique, jusqu'à la levée de l'isolement (référer à la section <i>Durée des mesures</i>).
Cas nosocomial usager	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15 de l'arrivée dans le milieu de soins. <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours et plus et jusqu'à 14 jours depuis son arrivée dans le milieu de soins (période maximale d'incubation du virus) (CNISP, 2020). <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours (CNISP, 2020) après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et à la suite de l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p>
Cas nosocomial TdeS	Cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique et relié épidémiologiquement à un cas confirmé de COVID-19 (usager ou TdeS) ET absence d'exposition claire à un cas de COVID-19 dans la communauté.

Définitions (suite)

Contact étroit usager	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté par le TdeS, le port du masque médical par l'utilisateur, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché d'un usager avec un TdeS, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'utilisateur et le TdeS.</p> <p>Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglass, etc.) qu'un cas confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité. OU▶ Usager qui n'est pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé de COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition. OU▶ Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé de COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les usagers suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces usagers serait alors effectué au même moment que les autres usagers contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.▶ Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi usager	<ul style="list-style-type: none">▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit ET▶ Séjournant sur une unité de soins, où il y a présence d'un cas confirmé de COVID-19 :<ul style="list-style-type: none">▶ Chez un usager confirmé pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité. OU▶ Chez un TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne (ex. : partage d'équipement de soins, partage du même personnel de soins).</p>

Définitions (suite)	
<p>Contact étroit travailleur de la santé</p>	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté adéquatement par le TdeS, le port du masque médical par l'utilisateur, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'utilisateur et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : déplacement d'un ÉPI pendant la mobilisation de l'utilisateur, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical* et ayant donné des soins à un usager confirmé de COVID-19 à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées durant sa période de contagiosité. OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant eu des contacts significatifs à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées avec un TdeS confirmé de COVID-19 qui portait adéquatement ou non un masque médical durant sa période de contagiosité (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.) OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement l'appareil de protection respiratoire ou le masque médical ET la protection oculaire et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les TdeS suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces TdeS serait alors effectué au même moment que les autres TdeS contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité.
<p>Contact élargi travailleur de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS ET ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un usager confirmé de COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité OU ▶ D'un TdeS confirmé de COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.</p>
<p>Écllosion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deux cas (usagers et/ou TdeS) nosocomiaux (VSSR et/ou non variants) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas. ▶ Dès le premier cas nosocomial, il pourrait être requis, à des fins d'interventions, d'instaurer immédiatement les actions nécessaires en présence d'une éclosion. L'évaluation du service de PCI ou de la DSPublique est nécessaire dans cette situation. Référer à : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.

* Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou au type d'APR.

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps

<p>Affichage</p>	<p>Renforcer l’affichage à toutes les entrées de l’installation, dans les aires d’attente du triage et du prétriage (si en place dans l’installation), dans les salles d’attente, dans la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical. ▶ Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 pour les TdeS et les usagers. ▶ Promouvoir le respect de la distanciation physique. ▶ Identifier la zone d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Afficher s’il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes ainsi que les consignes à suivre. ▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
<p>Pratiques de base</p>	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers, les TdeS, les visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L’HDM avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les TdeS, les usagers, les visiteurs et les personnes proches aidantes. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains. ▶ L’hygiène et l’étiquette respiratoires. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires. ▶ L’hygiène et la salubrité de l’environnement selon les procédures de l’installation avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ La prise en charge des visiteurs, des accompagnateurs et des personnes proches aidantes. <p>S’assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps. Référez à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Section <i>Équipement de protection individuelle</i> ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle.
<p>Hygiène des mains</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Installer des stations d’hygiène des mains accessibles et sécuritaires : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ex. : Présence de distributeurs de SHA à la porte des chambres ou dans les chambres. ▶ Le TdeS doit assister l’usager pour procéder à l’hygiène des mains au besoin.
<p>Vaccination des TdeS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La vaccination contre le SRAS-CoV-2 chez les TdeS doit être considérée comme étant la première mesure préventive pour réduire le fardeau de la COVID-19 dans les milieux de soins. ▶ L’adhésion à la vaccination par les TdeS est une responsabilité collective dans un contexte de pandémie (Popescu, 2021). ▶ Référez au Protocole d’immunisation du Québec (PIQ).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▶ Référer à : Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence.
Port du masque chez l'utilisateur	<p>Le port du masque médical* est recommandé pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (TdeS, autre usager, visiteur). Ceci est applicable pour tous les secteurs de soins et tout autre milieu lors de la prestation des soins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usagers en ambulatoire (ex. : cliniques externes, médecine de jour) ▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard à la zone où ils se trouvent (froide, tiède, chaude). ▶ Usagers de l'urgence (couché sur civière ou non), le port du masque est recommandé en tout temps, car la configuration des lieux permet difficilement le respect de la distanciation physique de 2 mètres. <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne tolérant pas le port du masque ▶ Usager qui dort ▶ Interférence avec les soins <p>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'utilisateur infecté) diminue l'expulsion de particules respiratoires. Ajoutée au port du masque chez les TdeS, cette mesure est plus efficace que lorsque le masque n'est porté que par le TdeS (diminue le risque d'acquisition). Des données démontrent une diminution significative de la transmission nosocomiale avec le port universel du masque chez les usagers et les TdeS (Mermel <i>et al.</i>, 2020 ; Nguyen <i>et al.</i>, 2020 ; Seidelman <i>et al.</i>, 2020 ; Zhang <i>et al.</i>, 2020 ; Thompson <i>et al.</i>, 2021).</p> <p>Le masque médical utilisé par l'utilisateur devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte. ▶ Être changé minimalement toutes les 24 heures. S'il est porté de façon soutenue, il doit être changé plus souvent. Le changer s'il est mouillé, souillé ou endommagé. <p>Pour le port du masque chez la clientèle pédiatrique, référer à Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé.</p>

* Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. Référer à : [SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins](#).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)

<p>Port du masque chez le TdeS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieu de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte ▶ Un masque médical ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui est un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Un masque médical ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être changé à la sortie de la chambre d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause. Pour les indications lors de soins aux cas de COVID-19, référer à la section Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins. ▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé. ▶ Être changé lors des pauses et des repas. ▶ Être porté pour une durée maximale de 4 heures outre les situations énumérées ci-haut.
<p>Dépistage de l'usager avant le bloc opératoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002939/. ▶ Référer à : COVID-19 Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19.
<p>Surveillance chez les usagers</p>	<p>Afin d'identifier rapidement un cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Implanter une surveillance au moins une fois par jour de la fièvre et des autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : anosmie subite, diarrhée sans autre cause connue, diminution de l'état général, etc.) requiert une évaluation clinique par une autorité compétente. ▶ Procéder à un prélèvement pour la recherche du SRAS-CoV-2 chez les usagers selon les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).
<p>Surveillance chez les TdeS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : distanciation physique, port de l'ÉPI recommandé). ▶ Il est recommandé de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne d'un registre attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour). ▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19, sauf ceux chez qui les symptômes peuvent être attribuables à la réception du vaccin contre la COVID-19 pour lesquels une évaluation spécifique doit être faite. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination COVID-19 en milieu de soins.
<p>Distanciation physique de l'usager</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).
<p>Distanciation physique des TdeS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres avec les autres TdeS et lorsque possible avec les usagers, en tout temps dans le milieu de soins. Référer à : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieu de soins.

Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19

Mesures à appliquer en tout temps

<p>Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2</p>	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Maintenir le port du masque médical pour l'utilisateur. Si l'utilisateur porte un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque médical.▶ Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'utilisateur suspecté de COVID-19. Si impossible, prévoir une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas). <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.▶ Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :<ul style="list-style-type: none">▶ Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non).▶ Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19. <p>Étape 3 (cas suspecté de COVID-19 qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA devrait être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'utilisateur le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>
--	---

Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'utilisateur et les interventions effectuées (ex. : Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)).</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé. ▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie). ▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat positif pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>). ▶ 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) (ASPC, 2014). ▶ 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 déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale). <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire. ▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 14 derniers jours (ex. : de retour de voyage depuis moins de 14 jours, contact d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, usager ou TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active). ▶ Lors de la réalisation d'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, référer à : Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 pour connaître les précautions additionnelles à mettre en place.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Équipements de protection individuelle

Pour les recommandations en lien avec le port du masque et de la protection oculaire, référer aux documents suivants : [SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#) et [SRAS-CoV-2 : Port de la protection oculaire en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#).

Équipements de protection individuelle requis sans IMGA et avec IMGA à risque non documenté de transmission d'aérosols infectieux

- ▶ 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.
- ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne peuvent pas être considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

Équipements de protection individuelle requis avec IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux

- ▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques.
- ▶ Appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou l'équivalent :
 - ▶ Les TdeS devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate.
- ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour assurer que l'APR n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas l'ajustement et l'étanchéité de l'APR. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne sont pas considérés comme une protection oculaire.
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :

- ▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.
- ▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps.
- ▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement).

Dans le contexte de la COVID-19 et si présence d'une pénurie appréhendée ou réelle des ÉPI, référer à : [SRAS-CoV-2 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle en situation de pénurie lors de pandémie](#).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Retrait de l'équipement de protection individuelle

Si une cohorte de cas est présente, référer à la section *Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins* pour les indications de retrait de l'ÉPI.

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).

Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (antichambre ou corridor) à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'ÉPI.

L'ordre de retrait de l'ÉPI ci-dessous est tiré des méthodes de soins informatisées <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi>, mais il peut être adapté selon les modalités locales.

Une procédure pour le retrait de l'ÉPI est aussi disponible sur le site internet de l'ASSTSAS : <http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf>, mais elle peut être adaptée selon les modalités locales.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Pour terminer, retirer le masque puis procéder à l'hygiène des mains.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Pour terminer, retirer l'APR puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. L'APR ne doit pas être retiré à l'intérieur d'une pièce où 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).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Interventions médicales générant des aérosols	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. ▶ Les IMGA à risque non documenté, nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de précautions aériennes. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre au moment de l'ouverture de la porte et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port de l'APR pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA à risque reconnu ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce en tout temps avant la fin du temps d'attente, tout en limitant le temps d'ouverture de la porte au minimum pour ne pas perdre le différentiel de pression.</p>
Hébergement	<p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'usager dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Éviter d'héberger plus de deux cas confirmés de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers) (référer à la section Cohorte de cas sur une même unité de soins). <p>Si l'usager suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat ou si l'usager confirmé de COVID-19 est en chambre multiple avec des usagers non confirmés de COVID-19 et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser le port du masque par l'usager suspecté ou confirmé de COVID-19 et pour les autres usagers partageant la chambre. ▶ 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). ▶ 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>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). ▶ Il est préférable de transférer dès que possible l'usager suspecté ou confirmé de COVID-19 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 suspectés ou confirmés de COVID-19 qui nécessitent des IMGA en continu.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Informations générales

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

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

Il est important de noter qu'il existe peu de données scientifiques claires et précises quant à la période d'excrétion virale chez les personnes âgées à l'aide de cultures virales (Santé publique Ontario, 2021). Le tableau clinique est donc le meilleur indicateur pour cesser les précautions additionnelles chez cette clientèle. Il est à noter, qu'il est difficile de définir l'âge précis pour lequel une personne est considérée âgée, car il y a une absence ou une hétérogénéité au niveau des définitions de cette clientèle dans les différentes études.

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

Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté de COVID-19, attendre la confirmation d'un résultat négatif du test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises.

L'ensemble des facteurs suivants doit être pris en considération avant de cesser les précautions additionnelles.

1. Usagers avec maladie légère ou modérée :

- ▶ Isolement pour 10 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique)*
ET
- ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET
- ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou aguesie résiduelles)

Note : Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les usagers de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.

Durée des mesures

* 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

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Durée des mesures	<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> <p>3. Usagers avec immunosuppression</p> <p>(Référer à la définition de l'INESSS : COVID-19 et personnes immunosupprimées)</p> <p>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.</p> <p>3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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) <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>3.2 Usagers avec immunosuppression sévère</p> <p>(Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <p>L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée et instaurer au besoin une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations 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.</p>
Prélèvements et laboratoire	<p>Référer aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à : Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19); détection (TAAN) sur spécimen clinique.</p>
Manipulation des prélèvements	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté. ▶ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. ▶ Ne pas utiliser les systèmes pneumatiques pour le transport. ▶ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination et que les pratiques de biosécurité appropriées (précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) sont appliquées lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur. ▶ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.). ▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le port du masque médical est obligatoire pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur), sauf pour les exceptions mentionnées dans la section <i>Port du masque chez l'utilisateur</i>. ▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▶ Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section Retrait de l'ÉPI) puis procéder à l'HDM. ▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours. ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'équipement de protection requis pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▶ Suite au départ de l'utilisateur de la salle de consultation ou d'examen, si requis respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. ▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail entrés en contact direct ou indirect avec l'utilisateur et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'utilisateur. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspectés ou confirmés de COVID-19 prévus par l'installation (ex. : ascenseur réservé). ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'utilisateur immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.
Transfert interétablissements de l'utilisateur	<p>Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.</p>

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes. ▶ 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 des critères d'exposition. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite devra alors être reportée. ▶ 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'utilisateur. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation, 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. ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes entrant dans la chambre. <p>La personne proche aidante est :</p> <p>Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychologique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services (MSSS, 2020).</p> <p>Les visiteurs désignent :</p> <p>Les personnes qui font partie de l'entourage de l'utilisateur. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail ou de parenté plus distante, etc. Contrairement à la personne proche aidante, les contacts de ces personnes avec l'utilisateur, bien qu'importants, sont ponctuels et ne sont pas essentiels à son intégrité physique ou psychologique (MSSS, 2020).</p>
<p>Bénévoles</p>	<p>Référer aux directives ministérielles.</p>
<p>Stagiaires/étudiants et résidents/externes</p>	<p>Référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.</p>
<p>Hygiène corporelle des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers suspectés ou confirmés de COVID-19. ▶ Adapter le type de soins d'hygiène corporelle de l'utilisateur selon l'évaluation de son statut infectieux et de sa condition médicale. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si l'utilisateur 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'utilisateur.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'usager : <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'usager. 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'usager. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <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> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. ▶ 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.
Buanderie-lingerie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du TdeS	<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. ▶ Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement. ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Manipulation des dépouilles et autopsie</p>	<p>Référer à : Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul à l'effet 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. ▶ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : réanimation cardio-respiratoire), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée. Référer à : COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires</p>
<p>Ventilation et climatisation</p>	<p>Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation devraient être correctement installés et régulièrement inspectés et entretenus par la direction des services techniques de l'installation. Référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques ▶ Document d'appui destiné au Comité consultatif sur la transmission de la COVID-19 en milieux scolaires et en milieux de soins et sur le rôle de la ventilation <p>Concernant les appareils mobiles, référer à : Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19</p>
<p>Formation</p>	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains ▶ Les avantages de la vaccination ▶ L'identification d'un cas suspecté de COVID-19 ▶ Les précautions additionnelles requises ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI ▶ Tout autre sujet relié à la COVID-19 et jugé pertinent (ex. : arrêtés ministériels, etc.)
<p>Audits</p>	<p>Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), hygiène des mains, désinfection du matériel de soins, respect de la distanciation physique, port du masque médical par les usagers, etc.)</p>
<p>Communication</p>	<p>S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle des infections sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>
<p>Suivi à la DSPublique</p>	<p>Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) de COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.</p>

Gestion des personnes exposées	
Exposition des TdeS	<p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Exposition potentielle et prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition de contact étroit suite à la découverte d'un cas pour lequel les précautions additionnelles n'étaient pas en place	<p>Recherche des contacts étroits</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Faire une recherche des contacts étroits (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). ▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces contacts avec les cas suspectés de COVID-19 ou avec les cas confirmés de COVID-19. ▶ L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque médical ou non par l'utilisateur, le partage de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite. <p>Prise en charge du contact étroit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement préventif en précautions additionnelles gouttelettes-contact. ▶ Procéder aux dépistages requis. Référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins. ▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, il faut poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition, cesser les précautions additionnelles requises. ▶ Les déplacements de l'utilisateur hors de sa chambre doivent être limités à ceux absolument requis pour des raisons médicales. <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'utilisateur doit porter un masque médical pour toute la durée du déplacement, le garder pendant l'examen (si applicable selon le type d'examen) et le porter pour son retour à sa chambre. Il peut le retirer lorsqu'il est de retour à sa chambre et si aucune personne (TdeS, autre usager, visiteur) ne se trouve à moins de deux mètres. ▶ L'utilisateur doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ▶ Si un usager (asymptomatique) quitte l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.

Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli » (ayant eu un diagnostic de COVID-19 depuis moins de 3 mois)		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique avec maladie légère ou modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou 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"> qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager immunosupprimé excluant les immunosupprimés sévères</p> <ul style="list-style-type: none"> confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique ET qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
	<p>Usager immunosupprimé sévères sévère (ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique ET qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	<p>Évaluation par l'équipe traitante</p> <p>Si risque d'excrétion virale prolongée, instaurer une stratégie de tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations à intervalle de 24 heures) pour cesser l'isolement au moment opportun.</p> <p>Admettre en zone froide ou en zone chaude selon la décision de l'équipe traitante.</p>

* Sans prise d'antipyrétique.

Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation. Des adaptations peuvent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La gestion du mouvement des TdeS doit être faite en fonction des directives du MSSS. ▶ Dédier les TdeS à chacun des types de zones (chaude, tiède, froide). ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés (ex. : inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.), ceux-ci doivent débiter leur travail par les zones froides, suivi des zones tièdes et terminer par les zones chaudes. ▶ Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, l'ÉPI complet doit être retiré. Un nouveau masque médical et une nouvelle protection oculaire doivent être revêtus. Une hygiène des mains rigoureuse doit être effectuée. ▶ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), retirer la blouse et les gants suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. <p>ZONE CHAUDE</p> <p>Informations générales</p> <p>Une zone chaude héberge des cas confirmés de COVID-19 par laboratoire.</p> <p>Une cohorte d'usagers confirmés de COVID-19 est une zone bien définie géographiquement, bien délimitée physiquement et ayant du personnel dédié (ex. : extrémité d'un corridor). À noter que le secteur de l'urgence ne peut généralement pas être considéré comme une cohorte, car souvent, la configuration des aires physiques ne le permet pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retirer de la zone chaude le surplus de matériel jugé non nécessaire. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). <p>Choix de l'hébergement</p> <p>Privilégier des chambres individuelles pour diminuer la quantité de virus expulsé dans l'air d'une chambre commune qui héberge deux ou plusieurs cas confirmés de COVID-19, notamment si l'espace est restreint.</p> <p>Changement d'ÉPI en zone chaude</p> <p>Les instances internationales ont des pratiques différentes quant aux changements d'ÉPI dans les zones chaudes. :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Port prolongé de l'ÉPI complet dans les cohortes (Australie, Saskatchewan et Manitoba). ▶ Port prolongé du masque et de la protection oculaire avec changement des gants et de la blouse entre chaque chambre de la cohorte (ASPC, ECDC, Royaume-Uni et l'Alberta). ▶ Changement entre chaque cas ou chambres (aucun port prolongé) des ÉPI au complet dans les cohortes (OMS, CDC, Colombie-Britannique et l'Ontario).
---	--

**Cohortes de cas sur
une même unité de
soins**

Il n'y a pas de recommandations ou de données scientifiques démontrant qu'un choix de pratique est meilleur que l'autre. En l'absence de consensus dans la littérature et chez les experts, une évaluation du risque doit être faite localement en tenant compte du type de milieu, du type de clientèle, ainsi que de la nature et de la durée des contacts entre les TdeS et les usagers. Il faut aussi prendre en considération divers éléments tels que la formation donnée aux TdeS sur le port et le retrait de l'ÉPI, la configuration des lieux, les trajectoires de circulation, l'accès au matériel, les résultats des audits en lien avec les ÉPI (port et retrait) et la capacité du milieu à surveiller l'application rigoureuse des mesures en place (ex. : surveillance de la cohorte par agent de sécurité ou personnel médical).

Certaines études ont démontré que le SRAS-CoV-2 peut survivre un certain temps sur les ÉPI mais la transmission au TdeS du SRAS-CoV-2 via les ÉPI contaminés n'a pas été documentée (Kasloff *et al.*, 2020).

Deux options sont donc possibles quant à l'utilisation de l'ÉPI dans une cohorte d'usagers confirmés de COVID-19 :

Option 1 : Changement d'ÉPI à la sortie de chaque chambre de la cohorte

- ▶ Changer la blouse, le masque et la protection oculaire entre chaque chambre. 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 ainsi qu'à la sortie de chaque chambre et procéder à l'hygiène des mains avant de revêtir de nouveaux gants.

Option 2 : Changement d'ÉPI à la sortie de la cohorte

- ▶ Conserver la blouse, le masque et la protection oculaire, si non visiblement souillés, entre les cas, entre les chambres dans la cohorte et dans les autres secteurs considérés chauds (ex. : salle commune, salon des familles, cuisinette, etc.) et faisant partie de la cohorte.
- ▶ Changer de gants entre chaque usager ainsi qu'à la sortie de chaque chambre et procéder à l'hygiène des mains avant de revêtir de nouveaux gants.

Une combinaison des deux options est aussi possible : port prolongé de la protection oculaire et du masque, avec changement de la blouse entre chaque chambre. Dans cette option, les gants doivent être changés entre chaque usager et une hygiène des mains doit être réalisée.

Dans une zone chaude, le poste de garde doit être considéré comme une zone froide sauf en de rares exceptions. L'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer. Un nouveau masque et une nouvelle protection oculaire ou une protection oculaire désinfectée doivent être revêtus avant l'entrée dans une zone froide. Advenant qu'il soit impossible de maintenir le poste froid, l'ÉPI complet doit être changé avant d'y entrer.

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>ZONE TIÈDE</p> <p>Une zone tiède héberge des usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2.</p> <p>Les recommandations pour la zone tiède sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Éviter de mettre un cas confirmé de COVID-19 avec des cas suspectés de COVID-19. ▶ Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis dans ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque leur statut infectieux est inconnu. ▶ Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers. ▶ Si deux cas suspectés de COVID-19 ou contacts étroits sont placés 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 (ex. : rideau séparateur). 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. ▶ Si un usager confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle d'une zone chaude : 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) dans l'attente du transfert en chambre individuelle. 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. ▶ Retirer de la zone tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). <p>ZONE FROIDE</p> <p>Une zone froide héberge des usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition.</p>
<p>Hygiène et salubrité</p>	<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 (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référez à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité ▶ Référez à Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) -Type de précautions : gouttelettes-contact
<p>Équipement de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité. <p>En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) par les différentes cohortes de l'unité, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements après chaque utilisation.</p>

Références

Agence de la santé publique du Canada, (2020, 2 avril). *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, (2020a, 30 avril). *Prévention et contrôle du nouveau coronavirus (nCoV-2019) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*. (ASPC). Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.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>

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, 22 mai). 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, (2020, 28 avril). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention, (2020a, 15 juillet). *Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for disease control and prevention, (2020b, 10 septembre). *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>

Center for disease control and prevention, (2020c, 10 septembre). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.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>

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)

Gouvernement du Québec, (2013). *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). *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. [10.1038/s41591-020-0869-5](https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5)

Institut national d'excellence en santé et services sociaux, (2020a, 1^{er} avril). *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-gout-obstruction-nasale-mise-a-jour-completee-01-04-2020.html>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux, (2020b, 24 septembre). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

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

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)

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. Prépublication. <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)

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)

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, (2020a, 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, (2020b, 27 mai). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance.* [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

Organisation mondiale de la santé, (2020c, 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, JF., et 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. et 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>

Seideman, 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., Giacini, 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>

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>

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. [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 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. [10.1128/CMR.00184-20](https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20)

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 10.0	2020-12-18	► Ajouts et modification des définitions, ajout de sections : hygiène des mains, port du masque chez l'utilisateur, port du masque chez le TdeS, bonification des recommandations d'hébergement et de la section vêtements des TdeS, précisions temps d'attente des changements d'air post IMGA, précisions section « Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes »
V11.0	2021-05-13	► Ajouts et modifications de définitions, ajout de sections : vaccination TdeS, distanciation usagers et hygiène des usagers, bonification de sections : ÉPI, ventilation/climatisation, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères, refonte de la section Cohorte de cas sur une même unité de soins

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé du 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 (2021)

N° de publication : 2906

Institut national
de santé publique

Québec 

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

Mise à jour le **1 juin 2021 – Version 11.1** modifications apportées en jaune

Sommaire

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	3
Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	10
Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé	11
Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19	22
Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins	23

Une bonne couverture vaccinale tant chez les travailleurs de la santé (TdeS) que chez les usagers diminue le risque de transmission nosocomiale dans les milieux de soins. L'augmentation progressive des taux de couverture vaccinale (1 dose) pour l'ensemble de la population ainsi que celui des TdeS (2 doses) de même que la présence de **variants préoccupants** du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec actuellement influencent nos recommandations :

- ▶ Le TdeS doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que les directives ministérielles et les consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains).
- ▶ Le statut **immunitaire** du TdeS permet de moduler les indications de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19.
- ▶ Le Cinq surveille de près les données épidémiologiques de la vigie génomique des variants qui permet de documenter la progression des cas de **variants préoccupants** du SRAS-CoV-2 parmi l'ensemble des cas de COVID-19. Advenant des données épidémiologiques démontrant la circulation de ces variants pour lesquels il y a des preuves scientifiques d'échappement immunitaire significatif, les recommandations seront ajustées en conséquence et une mise à jour du document [Variants préoccupants du SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#) sera produite.

Préambule

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines espèces peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche SRAS-CoV-2. L'appellation SRAS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) est utilisée pour désigner le coronavirus lié à l'actuelle pandémie, tandis que le terme COVID-19 (pour Coronavirus Disease 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

Ce document présente les mesures de prévention et contrôle des infections recommandées en lien avec la présence du SRAS-CoV-2 en milieu de soins de courte durée. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique, les nouvelles connaissances sur ce virus et sur l'efficacité des mesures préventives. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).

L'identification rapide d'un usager ou d'un travailleur de la santé (TdeS) pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application des mesures de PCI sont prioritaires pour prévenir une transmission du virus.

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux directives ministérielles ainsi qu'aux autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/>

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19

Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Surveillance	Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial et national : <ul style="list-style-type: none">▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html
Mode de transmission	Référez à : Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie
Tableau clinique	Des informations sont disponibles : <ul style="list-style-type: none">▶ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/▶ https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques.html▶ https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19

Définitions	
Cas aux fins de surveillance	<p>La COVID-19 est une maladie surveillée dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la pandémie de SRAS-CoV-2.</p> <p>Cas confirmé par laboratoire et cas confirmé par lien épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer à la définition de cas au Définition de cas de COVID-19 – Québec ▶ Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).
Cas suspecté de COVID-19	Usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test ou en attente de résultat de test de laboratoire pour la COVID-19.
Travailleurs de la santé (TdeS)	<p>Toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec la clientèle OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	De 48 heures précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique, jusqu'à la levée de l'isolement (référer à la section <i>Durée des mesures</i>).
Cas nosocomial usager	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15 de l'arrivée dans le milieu de soins. <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours et plus et jusqu'à 14 jours depuis son arrivée dans le milieu de soins (période maximale d'incubation du virus) (CNISP, 2020). <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours (CNISP, 2020) après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et à la suite de l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p>
Cas nosocomial TdeS	Cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique et relié épidémiologiquement à un cas confirmé de COVID-19 (usager ou TdeS) ET absence d'exposition claire à un cas de COVID-19 dans la communauté.

Définitions (suite)	
Contact étroit usager	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté par le TdeS, le port du masque médical par l'utilisateur, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché d'un usager avec un TdeS, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'utilisateur et le TdeS.</p> <p>Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglass, etc.) qu'un cas confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité. OU ▶ Usager qui n'est pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé de COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition. OU ▶ Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé de COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les usagers suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces usagers serait alors effectué au même moment que les autres usagers contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit ET ▶ Séjournant sur une unité de soins, où il y a présence d'un cas confirmé de COVID-19 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Chez un usager confirmé pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité. OU ▶ Chez un TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne (ex. : partage d'équipement de soins, partage du même personnel de soins).</p>

Définitions (suite)	
Contact étroit travailleur de la santé	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté adéquatement par le TdeS, le port du masque médical par l'utilisateur, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'utilisateur et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : déplacement d'un ÉPI pendant la mobilisation de l'utilisateur, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). Référez à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical* et ayant donné des soins à un usager confirmé de COVID-19 à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées durant sa période de contagiosité. OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant eu des contacts significatifs à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées avec un TdeS confirmé de COVID-19 qui portait adéquatement ou non un masque médical durant sa période de contagiosité (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.) OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement l'appareil de protection respiratoire ou le masque médical ET la protection oculaire et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les TdeS suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces TdeS serait alors effectué au même moment que les autres TdeS contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référez à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS ET ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un usager confirmé de COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité OU ▶ D'un TdeS confirmé de COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.</p>
Éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deux cas (usagers et/ou TdeS) nosocomiaux (peu importe le type de variants) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas. ▶ Dès le premier cas nosocomial, il pourrait être requis, à des fins d'interventions, d'instaurer immédiatement les actions nécessaires en présence d'une éclosion. L'évaluation du service de PCI ou de la DSPublique est nécessaire dans cette situation. Référez à : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.

* Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou au type d'APR.

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps

<p>Affichage</p>	<p>Renforcer l’affichage à toutes les entrées de l’installation, dans les aires d’attente du triage et du prétriage (si en place dans l’installation), dans les salles d’attente, dans la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical. ▶ Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 pour les TdeS et les usagers. ▶ Promouvoir le respect de la distanciation physique. ▶ Identifier la zone d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Afficher s’il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes ainsi que les consignes à suivre. ▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
<p>Pratiques de base</p>	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers, les TdeS, les visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L’HDM avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les TdeS, les usagers, les visiteurs et les personnes proches aidantes. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains. ▶ L’hygiène et l’étiquette respiratoires. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires. ▶ L’hygiène et la salubrité de l’environnement selon les procédures de l’installation avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ La prise en charge des visiteurs, des accompagnateurs et des personnes proches aidantes. <p>S’assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps. Référez à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Section <i>Équipement de protection individuelle</i> ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle.
<p>Hygiène des mains</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Installer des stations d’hygiène des mains accessibles et sécuritaires : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ex. : Présence de distributeurs de SHA à la porte des chambres ou dans les chambres. ▶ Le TdeS doit assister l’usager pour procéder à l’hygiène des mains au besoin.
<p>Vaccination des TdeS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La vaccination contre le SRAS-CoV-2 chez les TdeS doit être considérée comme étant la première mesure préventive pour réduire le fardeau de la COVID-19 dans les milieux de soins. ▶ L’adhésion à la vaccination par les TdeS est une responsabilité collective dans un contexte de pandémie (Popescu, 2021). ▶ Référez au Protocole d’immunisation du Québec (PIQ).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)

<p>Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▶ Référer à : Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence.
<p>Port du masque chez l'usager</p>	<p>Le port du masque médical* est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (TdeS, autre usager, visiteur). Ceci est applicable pour tous les secteurs de soins et tout autre milieu lors de la prestation des soins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usagers en ambulatoire (ex. : cliniques externes, médecine de jour) ▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard à la zone où ils se trouvent (froide, tiède, chaude). ▶ Usagers de l'urgence (couché sur civière ou non), le port du masque est recommandé en tout temps, car la configuration des lieux permet difficilement le respect de la distanciation physique de 2 mètres. <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne tolérant pas le port du masque ▶ Usager qui dort ▶ Interférence avec les soins <p>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'usager infecté) diminue l'expulsion de particules respiratoires. Ajoutée au port du masque chez les TdeS, cette mesure est plus efficace que lorsque le masque n'est porté que par le TdeS (diminue le risque d'acquisition). Des données démontrent une diminution significative de la transmission nosocomiale avec le port universel du masque chez les usagers et les TdeS (Mermel <i>et al.</i>, 2020 ; Nguyen <i>et al.</i>, 2020 ; Seidelman <i>et al.</i>, 2020 ; Zhang <i>et al.</i>, 2020 ; Thompson <i>et al.</i>, 2021).</p> <p>Le masque médical utilisé par l'usager devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte. ▶ Être changé minimalement toutes les 24 heures. S'il est porté de façon soutenue, il doit être changé plus souvent. Le changer s'il est mouillé, souillé ou endommagé. <p>Pour le port du masque chez la clientèle pédiatrique, référer à Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé.</p>

* Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. Référer à : [SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins](#).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Port du masque chez le TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieu de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte ▶ Un masque médical ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui est un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Un masque médical ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être changé à la sortie de la chambre d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause. Pour les indications lors de soins aux cas de COVID-19, référer à la section <i>Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins.</i> ▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé. ▶ Être changé lors des pauses et des repas. ▶ Être porté pour une durée maximale de 4 heures outre les situations énumérées ci-haut.
Dépistage de l'usager avant le bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002939/. ▶ Référer à : COVID-19 Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19.
Surveillance chez les usagers	<p>Afin d'identifier rapidement un cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Implanter une surveillance au moins une fois par jour de la fièvre et des autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : anosmie subite, diarrhée sans autre cause connue, diminution de l'état général, etc.) requiert une évaluation clinique par une autorité compétente. ▶ Procéder à un prélèvement pour la recherche du SRAS-CoV-2 chez les usagers selon les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).
Surveillance chez les TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : distanciation physique, port de l'ÉPI recommandé). ▶ Il est recommandé de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne d'un registre attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour). ▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19, sauf ceux chez qui les symptômes peuvent être attribuables à la réception du vaccin contre la COVID-19 pour lesquels une évaluation spécifique doit être faite. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination COVID-19 en milieu de soins.
Distanciation physique de l'usager	<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).
Distanciation physique des TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres avec les autres TdeS et lorsque possible avec les usagers, en tout temps dans le milieu de soins. Référer à : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieu de soins.

Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19

Mesures à appliquer en tout temps

<p>Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2</p>	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Maintenir le port du masque médical pour l'utilisateur. Si l'utilisateur porte un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque médical.▶ Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'utilisateur suspecté de COVID-19. Si impossible, prévoir une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas). <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.▶ Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :<ul style="list-style-type: none">▶ Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non).▶ Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19. <p>Étape 3 (cas suspecté de COVID-19 qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA devrait être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'utilisateur le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>
--	--

Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'utilisateur et les interventions effectuées (ex. : Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)).</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé.▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie).▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat positif pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>).▶ 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) (ASPC, 2014).▶ 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 déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale). <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire.▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 14 derniers jours (ex. : de retour de voyage depuis moins de 14 jours, contact d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, usager ou TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active).▶ Lors de la réalisation d'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, référer à : Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 pour connaître les précautions additionnelles à mettre en place.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Équipements de protection individuelle

Pour les recommandations en lien avec le port du masque et de la protection oculaire, référer aux documents suivants : [SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#) et [SRAS-CoV-2 : Port de la protection oculaire en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#).

Équipements de protection individuelle requis sans IMGA et avec IMGA à risque non documenté de transmission d'aérosols infectieux

- ▶ 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.
- ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne peuvent pas être considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

Équipements de protection individuelle requis avec IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux

- ▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques.
- ▶ Appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou l'équivalent :
 - ▶ Les TdeS devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate.
- ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour assurer que l'APR n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas l'ajustement et l'étanchéité de l'APR. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne sont pas considérés comme une protection oculaire.
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :

- ▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.
- ▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps.
- ▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement).

Dans le contexte de la COVID-19 et si présence d'une pénurie appréhendée ou réelle des ÉPI, référer à : [SRAS-CoV-2 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle en situation de pénurie lors de pandémie](#).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Retrait de l'équipement de protection individuelle

Si une cohorte de cas est présente, référer à la section *Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins* pour les indications de retrait de l'ÉPI.

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).

Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (antichambre ou corridor) à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'ÉPI.

L'ordre de retrait de l'ÉPI ci-dessous est tiré des méthodes de soins informatisées <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi>, mais il peut être adapté selon les modalités locales.

Une procédure pour le retrait de l'ÉPI est aussi disponible sur le site internet de l'ASSTSAS : <http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf>, mais elle peut être adaptée selon les modalités locales.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Pour terminer, retirer le masque puis procéder à l'hygiène des mains.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Pour terminer, retirer l'APR puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. L'APR ne doit pas être retiré à l'intérieur d'une pièce où 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).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Interventions médicales générant des aérosols	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. ▶ Les IMGA à risque non documenté, nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de précautions aériennes. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre au moment de l'ouverture de la porte et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port de l'APR pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA à risque reconnu ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce en tout temps avant la fin du temps d'attente, tout en limitant le temps d'ouverture de la porte au minimum pour ne pas perdre le différentiel de pression.</p>
Hébergement	<p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Éviter d'héberger plus de deux cas confirmés de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers) (référer à la section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>). <p>Si l'utilisateur suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat ou si l'utilisateur confirmé de COVID-19 est en chambre multiple avec des usagers non confirmés de COVID-19 et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser le port du masque par l'utilisateur suspecté ou confirmé de COVID-19 et pour les autres usagers partageant la chambre. ▶ 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). ▶ 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>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Il est préférable de transférer dès que possible l'utilisateur suspecté ou confirmé de COVID-19 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 suspectés ou confirmés de COVID-19 qui nécessitent des IMGA en continu.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Durée des mesures	<p>Informations générales</p> <p>Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) s'avère un excellent test pour diagnostiquer la maladie chez un usager symptomatique mais il n'est pas un indicateur fiable pour déterminer la contagiosité des cas.</p> <p>En effet, un des meilleurs indicateurs de la période de contagiosité est le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes. Le pic de contagiosité survient environ 2 jours avant et au moment de l'apparition des symptômes. La contagiosité diminue rapidement par la suite sur une période de 7 à 8 jours chez la majorité des usagers avec une maladie légère ou modérée. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours chez les usagers en bonne santé avec maladie légère ou modérée (Wolfel <i>et al.</i>, 2020 ; Li <i>et al.</i>, 2020 ; Xiao <i>et al.</i>, 2020 ; CDC, 2020c). Dans ce contexte et pour ce type d'usager, le TAAN n'est pas retenu comme un indicateur pour déterminer la contagiosité des cas afin de cesser les précautions additionnelles.</p> <p>Il est important de noter qu'il existe peu de données scientifiques claires et précises quant à la période d'excrétion virale chez les personnes âgées à l'aide de cultures virales (Santé publique Ontario, 2021). Le tableau clinique est donc le meilleur indicateur pour cesser les précautions additionnelles chez cette clientèle. Il est à noter, qu'il est difficile de définir l'âge précis pour lequel une personne est considérée âgée, car il y a une absence ou une hétérogénéité au niveau des définitions de cette clientèle dans les différentes études.</p> <p>Contrairement aux autres catégories d'usagers, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent du virus viable dans les spécimens respiratoires de laboratoire pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Santé publique Ontario, 2021 ; Aguinaga <i>et al.</i>, 2020 ; Benotmane <i>et al.</i>, (2020) ; DiCiaccio <i>et al.</i>, 2020 ; Wu <i>et al.</i>, 2020). Devant l'incapacité d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène, il est donc recommandé de retourner à une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle pour les usagers immunosupprimés sévères.</p> <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté de COVID-19, attendre la confirmation d'un résultat négatif du test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises.</p> <p>L'ensemble des facteurs suivants doit être pris en considération avant de cesser les 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 aguesie 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>
--------------------------	--

* 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

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Durée des mesures</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> <p>3. Usagers avec immunosuppression</p> <p>(Référer à la définition de l'INESSS : COVID-19 et personnes immunosupprimées)</p> <p>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.</p> <p>3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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) <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>3.2 Usagers avec immunosuppression sévère</p> <p>(Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <p>L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée et instaurer au besoin une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations 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.</p>
<p>Prélèvements et laboratoire</p>	<p>Référer aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à : Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19); détection (TAAN) sur spécimen clinique.</p>
<p>Manipulation des prélèvements</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté. ▶ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. ▶ Ne pas utiliser les systèmes pneumatiques pour le transport. ▶ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination et que les pratiques de biosécurité appropriées (précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) sont appliquées lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur. ▶ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.). ▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le port du masque médical est obligatoire pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur), sauf pour les exceptions mentionnées dans la section <i>Port du masque chez l'utilisateur</i>. ▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▶ Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section Retrait de l'ÉPI) puis procéder à l'HDM. ▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours. ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'équipement de protection requis pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▶ Suite au départ de l'utilisateur de la salle de consultation ou d'examen, si requis respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. ▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail entrés en contact direct ou indirect avec l'utilisateur et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'utilisateur. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspectés ou confirmés de COVID-19 prévus par l'installation (ex. : ascenseur réservé). ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'utilisateur immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.
Transfert interétablissements de l'utilisateur	<p>Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.</p>

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes. ▶ 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 des critères d'exposition. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite devra alors être reportée. ▶ 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'utilisateur. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation, 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. ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes entrant dans la chambre. <p>La personne proche aidante est :</p> <p>Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychologique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services (MSSS, 2020).</p> <p>Les visiteurs désignent :</p> <p>Les personnes qui font partie de l'entourage de l'utilisateur. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail ou de parenté plus distante, etc. Contrairement à la personne proche aidante, les contacts de ces personnes avec l'utilisateur, bien qu'importants, sont ponctuels et ne sont pas essentiels à son intégrité physique ou psychologique (MSSS, 2020).</p>
<p>Bénévoles</p>	<p>Référer aux directives ministérielles.</p>
<p>Stagiaires/étudiants et résidents/externes</p>	<p>Référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.</p>
<p>Hygiène corporelle des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers suspectés ou confirmés de COVID-19. ▶ Adapter le type de soins d'hygiène corporelle de l'utilisateur selon l'évaluation de son statut infectieux et de sa condition médicale. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si l'utilisateur 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'utilisateur.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de soins	<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).
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <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> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. ▶ 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.
Buanderie-lingerie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du TdeS	<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. ▶ Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement. ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Manipulation des dépouilles et autopsie</p>	<p>Référer à : Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul à l'effet 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. ▶ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : réanimation cardio-respiratoire), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée. Référer à : COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires</p>
<p>Ventilation et climatisation</p>	<p>Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation devraient être correctement installés et régulièrement inspectés et entretenus par la direction des services techniques de l'installation. Référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques ▶ Document d'appui destiné au Comité consultatif sur la transmission de la COVID-19 en milieux scolaires et en milieux de soins et sur le rôle de la ventilation <p>Concernant les appareils mobiles, référer à : Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19</p>
<p>Formation</p>	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains ▶ Les avantages de la vaccination ▶ L'identification d'un cas suspecté de COVID-19 ▶ Les précautions additionnelles requises ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI ▶ Tout autre sujet relié à la COVID-19 et jugé pertinent (ex. : arrêtés ministériels, etc.)
<p>Audits</p>	<p>Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), hygiène des mains, désinfection du matériel de soins, respect de la distanciation physique, port du masque médical par les usagers, etc.)</p>
<p>Communication</p>	<p>S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle des infections sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>
<p>Suivi à la DSPublique</p>	<p>Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) de COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.</p>

Gestion des personnes exposées	
Exposition des TdeS	<p>Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Exposition potentielle et prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition de contact étroit suite à la découverte d'un cas pour lequel les précautions additionnelles n'étaient pas en place	<p>Recherche des contacts étroits</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Faire une recherche des contacts étroits (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). ▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces contacts avec les cas suspectés de COVID-19 ou avec les cas confirmés de COVID-19. ▶ L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque médical ou non par l'utilisateur, le partage de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite. <p>Prise en charge du contact étroit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement préventif en précautions additionnelles gouttelettes-contact. ▶ Procéder aux dépistages requis. Référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins. ▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, il faut poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition, cesser les précautions additionnelles requises. ▶ Les déplacements de l'utilisateur hors de sa chambre doivent être limités à ceux absolument requis pour des raisons médicales. <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'utilisateur doit porter un masque médical pour toute la durée du déplacement, le garder pendant l'examen (si applicable selon le type d'examen) et le porter pour son retour à sa chambre. Il peut le retirer lorsqu'il est de retour à sa chambre et si aucune personne (TdeS, autre usager, visiteur) ne se trouve à moins de deux mètres. ▶ L'utilisateur doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ▶ Si un usager (asymptomatique) quitte l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.

Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli » (ayant eu un diagnostic de COVID-19 depuis moins de 3 mois)		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique avec maladie légère ou modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou 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"> qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager immunosupprimé excluant les immunosupprimés sévères</p> <ul style="list-style-type: none"> confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique ET qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
	<p>Usager immunosupprimé sévères sévère (ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique ET qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	<p>Évaluation par l'équipe traitante</p> <p>Si risque d'excrétion virale prolongée, instaurer une stratégie de tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations à intervalle de 24 heures) pour cesser l'isolement au moment opportun.</p> <p>Admettre en zone froide ou en zone chaude selon la décision de l'équipe traitante.</p>

* Sans prise d'antipyrétique.

Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation. Des adaptations peuvent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La gestion du mouvement des TdeS doit être faite en fonction des directives du MSSS. ▶ Dédier les TdeS à chacun des types de zones (chaude, tiède, froide). ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés (ex. : inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.), ceux-ci doivent débiter leur travail par les zones froides, suivi des zones tièdes et terminer par les zones chaudes. ▶ Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, l'ÉPI complet doit être retiré. Un nouveau masque médical et une nouvelle protection oculaire doivent être revêtus. Une hygiène des mains rigoureuse doit être effectuée. ▶ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), retirer la blouse et les gants suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. <p>ZONE CHAUDE</p> <p>Informations générales</p> <p>Une zone chaude héberge des cas confirmés de COVID-19 par laboratoire.</p> <p>Une cohorte d'usagers confirmés de COVID-19 est une zone bien définie géographiquement, bien délimitée physiquement et ayant du personnel dédié (ex. : extrémité d'un corridor). À noter que le secteur de l'urgence ne peut généralement pas être considéré comme une cohorte, car souvent, la configuration des aires physiques ne le permet pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retirer de la zone chaude le surplus de matériel jugé non nécessaire. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). <p>Choix de l'hébergement</p> <p>Privilégier des chambres individuelles pour diminuer la quantité de virus expulsé dans l'air d'une chambre commune qui héberge deux ou plusieurs cas confirmés de COVID-19, notamment si l'espace est restreint.</p> <p>Changement d'ÉPI en zone chaude</p> <p>Les instances internationales ont des pratiques différentes quant aux changements d'ÉPI dans les zones chaudes. :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Port prolongé de l'ÉPI complet dans les cohortes (Australie, Saskatchewan et Manitoba). ▶ Port prolongé du masque et de la protection oculaire avec changement des gants et de la blouse entre chaque chambre de la cohorte (ASPC, ECDC, Royaume-Uni et l'Alberta). ▶ Changement entre chaque cas ou chambres (aucun port prolongé) des ÉPI au complet dans les cohortes (OMS, CDC, Colombie-Britannique et l'Ontario).
---	--

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>Il n'y a pas de recommandations ou de données scientifiques démontrant qu'un choix de pratique est meilleur que l'autre. En l'absence de consensus dans la littérature et chez les experts, une évaluation du risque doit être faite localement en tenant compte du type de milieu, du type de clientèle, ainsi que de la nature et de la durée des contacts entre les TdeS et les usagers. Il faut aussi prendre en considération divers éléments tels que la formation donnée aux TdeS sur le port et le retrait de l'ÉPI, la configuration des lieux, les trajectoires de circulation, l'accès au matériel, les résultats des audits en lien avec les ÉPI (port et retrait) et la capacité du milieu à surveiller l'application rigoureuse des mesures en place (ex. : surveillance de la cohorte par agent de sécurité ou personnel médical).</p> <p>Certaines études ont démontré que le SRAS-CoV-2 peut survivre un certain temps sur les ÉPI mais la transmission au TdeS du SRAS-CoV-2 via les ÉPI contaminés n'a pas été documentée (Kasloff <i>et al.</i>, 2020).</p> <p>Deux options sont donc possibles quant à l'utilisation de l'ÉPI dans une cohorte d'usagers confirmés de COVID-19 :</p> <p>Option 1 : Changement d'ÉPI à la sortie de chaque chambre de la cohorte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Changer la blouse, le masque et la protection oculaire entre chaque chambre. 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 ainsi qu'à la sortie de chaque chambre et procéder à l'hygiène des mains avant de revêtir de nouveaux gants. <p>Option 2 : Changement d'ÉPI à la sortie de la cohorte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Conserver la blouse, le masque et la protection oculaire, si non visiblement souillés, entre les cas, entre les chambres dans la cohorte et dans les autres secteurs considérés chauds (ex. : salle commune, salon des familles, cuisinette, etc.) et faisant partie de la cohorte. ▶ Changer de gants entre chaque usager ainsi qu'à la sortie de chaque chambre et procéder à l'hygiène des mains avant de revêtir de nouveaux gants. <p>Une combinaison des deux options est aussi possible : port prolongé de la protection oculaire et du masque, avec changement de la blouse entre chaque chambre. Dans cette option, les gants doivent être changés entre chaque usager et une hygiène des mains doit être réalisée.</p> <p>Dans une zone chaude, le poste de garde doit être considéré comme une zone froide sauf en de rares exceptions. L'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer. Un nouveau masque et une nouvelle protection oculaire ou une protection oculaire désinfectée doivent être revêtus avant l'entrée dans une zone froide. Advenant qu'il soit impossible de maintenir le poste froid, l'ÉPI complet doit être changé avant d'y entrer.</p>
---	---

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>ZONE TIÈDE</p> <p>Une zone tiède héberge des usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2.</p> <p>Les recommandations pour la zone tiède sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Éviter de mettre un cas confirmé de COVID-19 avec des cas suspectés de COVID-19. ▶ Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis dans ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque leur statut infectieux est inconnu. ▶ Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers. ▶ Si deux cas suspectés de COVID-19 ou contacts étroits sont placés 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 (ex. : rideau séparateur). 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. ▶ Si un usager confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle d'une zone chaude : 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) dans l'attente du transfert en chambre individuelle. 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. ▶ Retirer de la zone tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). <p>ZONE FROIDE</p> <p>Une zone froide héberge des usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition.</p>
<p>Hygiène et salubrité</p>	<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 (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référez à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité ▶ Référez à Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) -Type de précautions : gouttelettes-contact
<p>Équipement de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité. <p>En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) par les différentes cohortes de l'unité, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements après chaque utilisation.</p>

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2021, 17 février). *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. (2020a, 30 avril). *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>

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>

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

Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020, 22 mai). 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. (2020, 28 avril). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention. (2020a, 15 juillet). *Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for disease control and prevention. (2020b, 10 septembre). *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>

Center for disease control and prevention. (2020c, 10 septembre). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.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>

- 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)
- Gouvernement du Québec. (2013). *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). *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. [10.1038/s41591-020-0869-5](https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5)
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2020a, 1^{er} avril). *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>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2020b, 24 septembre). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf
- Kasloff, S. B., Strong, J. E., Funk, D., Cutts, T. (2020, 12 juin). Stability of Sars-CoV-2 on critical personal protective equipment. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2020.06.11.20128884>
- 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)
- 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. Prépublication. <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)
- 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)
- 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. (2020a, 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. (2020b, 27 mai). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance.* [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

Organisation mondiale de la santé. (2020c, 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, JF., et 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. et 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>

Seideman, 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., Giacini, 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>

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>

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. [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 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. [10.1128/CMR.00184-20](https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20)

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 10.0	2020-12-18	► Ajouts et modification des définitions, ajout de sections : hygiène des mains, port du masque chez l'utilisateur, port du masque chez le TdeS, bonification des recommandations d'hébergement et de la section vêtements des TdeS, précisions temps d'attente des changements d'air post IMGA, précisions section « Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes »
V11.0	2021-05-13	► Ajouts et modifications de définitions, ajout de sections : vaccination TdeS, distanciation usagers et hygiène des usagers, bonification de sections : ÉPI, ventilation/climatisation, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères, refonte de la section Cohorte de cas sur une même unité de soins
V11.1	2021-06-01	► Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé du 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 (2021)

N° de publication : 2906

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

Mise à jour le **22 juin 2021 – Version 11.2** modifications apportées en jaune

Sommaire

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	3
Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	10
Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé	11
Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19	22
Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins	23

Une bonne couverture vaccinale tant chez les travailleurs de la santé (TdeS) que chez les usagers diminue le risque de transmission nosocomiale dans les milieux de soins. L'augmentation progressive des taux de couverture vaccinale (1 dose) pour l'ensemble de la population ainsi que celui des TdeS (2 doses) de même que la présence de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec actuellement influencent nos recommandations :

- ▶ Le TdeS doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que les directives ministérielles et les consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains).
- ▶ Le statut immunitaire du TdeS permet de moduler les indications de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19.
- ▶ Le CINQ surveille de près les données épidémiologiques de la vigie génomique des variants qui permet de documenter la progression des cas de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 parmi l'ensemble des cas de COVID-19. Advenant des données épidémiologiques démontrant la circulation de ces variants pour lesquels il y a des preuves scientifiques d'échappement immunitaire significatif, les recommandations seront ajustées en conséquence et une mise à jour du document [Variants préoccupants du SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#) sera produite.

Préambule

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines espèces peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche SRAS-CoV-2. L'appellation SRAS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) est utilisée pour désigner le coronavirus lié à l'actuelle pandémie, tandis que le terme COVID-19 (pour Coronavirus Disease 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

Ce document présente les mesures de prévention et contrôle des infections recommandées en lien avec la présence du SRAS-CoV-2 en milieu de soins de courte durée. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique, les nouvelles connaissances sur ce virus et sur l'efficacité des mesures préventives. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).

L'identification rapide d'un usager ou d'un travailleur de la santé (TdeS) pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application des mesures de PCI sont prioritaires pour prévenir une transmission du virus.

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux directives ministérielles ainsi qu'aux autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/>

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19

Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Surveillance	Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial et national : <ul style="list-style-type: none">▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html
Mode de transmission	Référer à : Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie
Tableau clinique	Des informations sont disponibles : <ul style="list-style-type: none">▶ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/▶ https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques.html▶ https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19

Définitions	
Cas aux fins de surveillance	<p>La COVID-19 est une maladie surveillée dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la pandémie de SRAS-CoV-2.</p> <p>Cas confirmé par laboratoire et cas confirmé par lien épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer à la définition de cas au Définition de cas de COVID-19 – Québec ▶ Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).
Cas suspecté de COVID-19	Usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test ou en attente de résultat de test de laboratoire pour la COVID-19.
Travailleurs de la santé (TdeS)	<p>Toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec la clientèle OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	De 48 heures précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique, jusqu'à la levée de l'isolement (référer à la section <i>Durée des mesures</i>).
Cas nosocomial usager	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15 de l'arrivée dans le milieu de soins. <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours et plus et jusqu'à 14 jours depuis son arrivée dans le milieu de soins (période maximale d'incubation du virus) (CNISP, 2020). <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours (CNISP, 2020) après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et à la suite de l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p>
Cas nosocomial TdeS	Cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique et relié épidémiologiquement à un cas confirmé de COVID-19 (usager ou TdeS) ET absence d'exposition claire à un cas de COVID-19 dans la communauté.

Définitions (suite)	
Contact étroit usager	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté par le TdeS, le port du masque médical par l'utilisateur, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché d'un usager avec un TdeS, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'utilisateur et le TdeS.</p> <p>Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglass, etc.) qu'un cas confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité. OU ▶ Usager qui n'est pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé de COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition. OU ▶ Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé de COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les usagers suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces usagers serait alors effectué au même moment que les autres usagers contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit ET ▶ Séjournant sur une unité de soins, où il y a présence d'un cas confirmé de COVID-19 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Chez un usager confirmé pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité. OU ▶ Chez un TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne (ex. : partage d'équipement de soins, partage du même personnel de soins).</p>

Définitions (suite)	
Contact étroit travailleur de la santé	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté adéquatement par le TdeS, le port du masque médical par l'usager, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : déplacement d'un ÉPI pendant la mobilisation de l'usager, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). Référer à : SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical* et ayant donné des soins à un usager confirmé de COVID-19 à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées durant sa période de contagiosité. OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant eu des contacts significatifs à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées avec un TdeS confirmé de COVID-19 qui portait adéquatement ou non un masque médical durant sa période de contagiosité (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.) OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement l'appareil de protection respiratoire ou le masque médical ET la protection oculaire et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les TdeS suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces TdeS serait alors effectué au même moment que les autres TdeS contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS ET ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un usager confirmé de COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité OU ▶ D'un TdeS confirmé de COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.</p>
Éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deux cas (usagers et/ou TdeS) nosocomiaux (peu importe le type de variants) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas. ▶ Dès le premier cas nosocomial, il pourrait être requis, à des fins d'interventions, d'instaurer immédiatement les actions nécessaires en présence d'une éclosion. L'évaluation du service de PCI ou de la DSPublique est nécessaire dans cette situation. Référer à : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.

* Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou au type d'APR.

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps

<p>Affichage</p>	<p>Renforcer l’affichage à toutes les entrées de l’installation, dans les aires d’attente du triage et du prétriage (si en place dans l’installation), dans les salles d’attente, dans la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical. ▶ Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 pour les TdeS et les usagers. ▶ Promouvoir le respect de la distanciation physique. ▶ Identifier la zone d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Afficher s’il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes ainsi que les consignes à suivre. ▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
<p>Pratiques de base</p>	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers, les TdeS, les visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L’HDM avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les TdeS, les usagers, les visiteurs et les personnes proches aidantes. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains. ▶ L’hygiène et l’étiquette respiratoires. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires. ▶ L’hygiène et la salubrité de l’environnement selon les procédures de l’installation avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ La prise en charge des visiteurs, des accompagnateurs et des personnes proches aidantes. <p>S’assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps. Référez à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Section <i>Équipement de protection individuelle</i> ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle.
<p>Hygiène des mains</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Installer des stations d’hygiène des mains accessibles et sécuritaires : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ex. : Présence de distributeurs de SHA à la porte des chambres ou dans les chambres. ▶ Le TdeS doit assister l’usager pour procéder à l’hygiène des mains au besoin.
<p>Vaccination des TdeS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La vaccination contre le SRAS-CoV-2 chez les TdeS doit être considérée comme étant la première mesure préventive pour réduire le fardeau de la COVID-19 dans les milieux de soins. ▶ L’adhésion à la vaccination par les TdeS est une responsabilité collective dans un contexte de pandémie (Popescu, 2021). ▶ Référez au Protocole d’immunisation du Québec (PIQ).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▶ Référer à : Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence.
Port du masque chez l'usager	<p>Le port du masque médical* est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (TdeS, autre usager, visiteur). Ceci est applicable pour tous les secteurs de soins et tout autre milieu lors de la prestation des soins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usagers en ambulatoire (ex. : cliniques externes, médecine de jour) ▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard à la zone où ils se trouvent (froide, tiède, chaude). ▶ Usagers de l'urgence (couché sur civière ou non), le port du masque est recommandé en tout temps, car la configuration des lieux permet difficilement le respect de la distanciation physique de 2 mètres. <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne tolérant pas le port du masque ▶ Usager qui dort ▶ Interférence avec les soins <p>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'usager infecté) diminue l'expulsion de particules respiratoires. Ajoutée au port du masque chez les TdeS, cette mesure est plus efficace que lorsque le masque n'est porté que par le TdeS (diminue le risque d'acquisition). Des données démontrent une diminution significative de la transmission nosocomiale avec le port universel du masque chez les usagers et les TdeS (Mermel <i>et al.</i>, 2020 ; Nguyen <i>et al.</i>, 2020 ; Seidelman <i>et al.</i>, 2020 ; Zhang <i>et al.</i>, 2020 ; Thompson <i>et al.</i>, 2021).</p> <p>Le masque médical utilisé par l'usager devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte. ▶ Être changé minimalement toutes les 24 heures. S'il est porté de façon soutenue, il doit être changé plus souvent. Le changer s'il est mouillé, souillé ou endommagé. <p>Pour le port du masque chez la clientèle pédiatrique, référer à Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé.</p>

* Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. Référer à : [SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins](#).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Port du masque chez le TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieu de soins et SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte ▶ Un masque médical ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui est un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Un masque médical ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être changé à la sortie de la chambre d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause. Pour les indications lors de soins aux cas de COVID-19, référer à la section <i>Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins.</i> ▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé. ▶ Être changé lors des pauses et des repas. ▶ Être porté pour une durée maximale de 4 heures outre les situations énumérées ci-haut.
Dépistage de l'usager avant le bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002939/. ▶ Référer à : COVID-19 Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19.
Surveillance chez les usagers	<p>Afin d'identifier rapidement un cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Implanter une surveillance au moins une fois par jour de la fièvre et des autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : anosmie subite, diarrhée sans autre cause connue, diminution de l'état général, etc.) requiert une évaluation clinique par une autorité compétente. ▶ Procéder à un prélèvement pour la recherche du SRAS-CoV-2 chez les usagers selon les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).
Surveillance chez les TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI (ex. : distanciation physique, port de l'ÉPI recommandé). ▶ Il est recommandé de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne d'un registre attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour). ▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19, sauf ceux chez qui les symptômes peuvent être attribuables à la réception du vaccin contre la COVID-19 pour lesquels une évaluation spécifique doit être faite. Référer à : SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins et SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination COVID-19 en milieu de soins.
Distanciation physique de l'usager	<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).
Distanciation physique des TdeS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres avec les autres TdeS et lorsque possible avec les usagers, en tout temps dans le milieu de soins. Référer à : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieu de soins.

Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19

Mesures à appliquer en tout temps

<p>Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2</p>	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Maintenir le port du masque médical pour l'utilisateur. Si l'utilisateur porte un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque médical.▶ Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'utilisateur suspecté de COVID-19. Si impossible, prévoir une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas). <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.▶ Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :<ul style="list-style-type: none">▶ Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non).▶ Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19. <p>Étape 3 (cas suspecté de COVID-19 qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA devrait être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'utilisateur le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>
--	--

Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'utilisateur et les interventions effectuées (ex. : Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)).</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé.▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie).▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat positif pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>).▶ 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) (ASPC, 2014).▶ 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 déconnection du circuit de ventilation (ex. : usager en position ventrale). <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire.▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 14 derniers jours (ex. : de retour de voyage depuis moins de 14 jours, contact d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, usager ou TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active).▶ Lors de la réalisation d'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, référer à : Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 pour connaître les précautions additionnelles à mettre en place.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Équipements de protection individuelle

Pour les recommandations en lien avec le port du masque et de la protection oculaire, référer aux documents suivants : [SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#) et [SRAS-CoV-2 : Port de la protection oculaire en milieu de soins en fonction des paliers d'alerte](#).

Équipements de protection individuelle requis sans IMGA et avec IMGA à risque non documenté de transmission d'aérosols infectieux

- ▶ 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.
- ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne peuvent pas être considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

Équipements de protection individuelle requis avec IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux

- ▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques.
- ▶ Appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou l'équivalent :
 - ▶ Les TdeS devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate.
- ▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour assurer que l'APR n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas l'ajustement et l'étanchéité de l'APR. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne sont pas considérés comme une protection oculaire.
- ▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.

Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :

- ▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.
- ▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps.
- ▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement).

Dans le contexte de la COVID-19 et si présence d'une pénurie appréhendée ou réelle des ÉPI, référer à : [SRAS-CoV-2 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle en situation de pénurie lors de pandémie](#).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Retrait de l'équipement de protection individuelle

Si une cohorte de cas est présente, référer à la section *Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins* pour les indications de retrait de l'ÉPI.

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).

Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (antichambre ou corridor) à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'ÉPI.

L'ordre de retrait de l'ÉPI ci-dessous est tiré des méthodes de soins informatisées <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi>, mais il peut être adapté selon les modalités locales.

Une procédure pour le retrait de l'ÉPI est aussi disponible sur le site internet de l'ASSTSAS : <http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf>, mais elle peut être adaptée selon les modalités locales.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Pour terminer, retirer le masque puis procéder à l'hygiène des mains.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Pour terminer, retirer l'APR puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. L'APR ne doit pas être retiré à l'intérieur d'une pièce où 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).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Interventions médicales générant des aérosols	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. ▶ Les IMGA à risque non documenté, nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de précautions aériennes. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre au moment de l'ouverture de la porte et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port de l'APR pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA à risque reconnu ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce en tout temps avant la fin du temps d'attente, tout en limitant le temps d'ouverture de la porte au minimum pour ne pas perdre le différentiel de pression.</p>
Hébergement	<p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle à pression neutre avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Éviter d'héberger plus de deux cas confirmés de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers) (référer à la section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>). <p>Si l'utilisateur suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat ou si l'utilisateur confirmé de COVID-19 est en chambre multiple avec des usagers non confirmés de COVID-19 et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser le port du masque par l'utilisateur suspecté ou confirmé de COVID-19 et pour les autres usagers partageant la chambre. ▶ 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). ▶ 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>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Il est préférable de transférer dès que possible l'utilisateur suspecté ou confirmé de COVID-19 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 suspectés ou confirmés de COVID-19 qui nécessitent des IMGA en continu.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Durée des mesures	<p>Informations générales</p> <p>Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) s'avère un excellent test pour diagnostiquer la maladie chez un usager symptomatique mais il n'est pas un indicateur fiable pour déterminer la contagiosité des cas.</p> <p>En effet, un des meilleurs indicateurs de la période de contagiosité est le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes. Le pic de contagiosité survient environ 2 jours avant et au moment de l'apparition des symptômes. La contagiosité diminue rapidement par la suite sur une période de 7 à 8 jours chez la majorité des usagers avec une maladie légère ou modérée. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours chez les usagers en bonne santé avec maladie légère ou modérée (Wolfel <i>et al.</i>, 2020 ; Li <i>et al.</i>, 2020 ; Xiao <i>et al.</i>, 2020 ; CDC, 2020c). Dans ce contexte et pour ce type d'usager, le TAAN n'est pas retenu comme un indicateur pour déterminer la contagiosité des cas afin de cesser les précautions additionnelles.</p> <p>Il est important de noter qu'il existe peu de données scientifiques claires et précises quant à la période d'excrétion virale chez les personnes âgées à l'aide de cultures virales (Santé publique Ontario, 2021). Le tableau clinique est donc le meilleur indicateur pour cesser les précautions additionnelles chez cette clientèle. Il est à noter, qu'il est difficile de définir l'âge précis pour lequel une personne est considérée âgée, car il y a une absence ou une hétérogénéité au niveau des définitions de cette clientèle dans les différentes études.</p> <p>Contrairement aux autres catégories d'usagers, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent du virus viable dans les spécimens respiratoires de laboratoire pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Santé publique Ontario, 2021 ; Aguinaga <i>et al.</i>, 2020 ; Benotmane <i>et al.</i>, (2020) ; DiCiaccio <i>et al.</i>, 2020 ; Wu <i>et al.</i>, 2020). Devant l'incapacité d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène, il est donc recommandé de retourner à une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle pour les usagers immunosupprimés sévères.</p> <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté de COVID-19, attendre la confirmation d'un résultat négatif du test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises.</p> <p>L'ensemble des facteurs suivants doit être pris en considération avant de cesser les 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 aguesie 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>
--------------------------	--

* 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

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Durée des mesures</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> <p>3. Usagers avec immunosuppression</p> <p>(Référer à la définition de l'INESSS : COVID-19 et personnes immunosupprimées)</p> <p>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.</p> <p>3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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) <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>3.2 Usagers avec immunosuppression sévère</p> <p>(Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <p>L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée et instaurer au besoin une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations 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.</p>
<p>Prélèvements et laboratoire</p>	<p>Référer aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à : Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19); détection (TAAN) sur spécimen clinique.</p>
<p>Manipulation des prélèvements</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté. ▶ Transporter les tubes (prélèvements respiratoires) directement au laboratoire par une personne. ▶ Ne pas utiliser les systèmes pneumatiques pour le transport. ▶ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination et que les pratiques de biosécurité appropriées (précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) sont appliquées lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur. ▶ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.). ▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le port du masque médical est obligatoire pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur), sauf pour les exceptions mentionnées dans la section <i>Port du masque chez l'utilisateur</i>. ▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▶ Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section Retrait de l'ÉPI) puis procéder à l'HDM. ▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours. ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'équipement de protection requis pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▶ Suite au départ de l'utilisateur de la salle de consultation ou d'examen, si requis respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. ▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail entrés en contact direct ou indirect avec l'utilisateur et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'utilisateur. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspectés ou confirmés de COVID-19 prévus par l'installation (ex. : ascenseur réservé). ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'utilisateur immédiatement après son utilisation selon les modalités locales.
Transfert interétablissements de l'utilisateur	<p>Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.</p>

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes. ▶ 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 des critères d'exposition. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite devra alors être reportée. ▶ 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'utilisateur. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation, 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. ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes entrant dans la chambre. <p>La personne proche aidante est :</p> <p>Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychologique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services (MSSS, 2020).</p> <p>Les visiteurs désignent :</p> <p>Les personnes qui font partie de l'entourage de l'utilisateur. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail ou de parenté plus distante, etc. Contrairement à la personne proche aidante, les contacts de ces personnes avec l'utilisateur, bien qu'importants, sont ponctuels et ne sont pas essentiels à son intégrité physique ou psychologique (MSSS, 2020).</p>
<p>Bénévoles</p>	<p>Référer aux directives ministérielles.</p>
<p>Stagiaires/étudiants et résidents/externes</p>	<p>Référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.</p>
<p>Hygiène corporelle des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers suspectés ou confirmés de COVID-19. ▶ Adapter le type de soins d'hygiène corporelle de l'utilisateur selon l'évaluation de son statut infectieux et de sa condition médicale. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si l'utilisateur 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'utilisateur.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'usager : <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'usager. 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'usager. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <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> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. ▶ 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.
Buanderie-lingerie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du TdeS	<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. ▶ Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement. ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Manipulation des dépouilles et autopsie</p>	<p>Référer à : Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ Mettre la dépouille dans un linceul, désinfecter l'extérieur du linceul et bien identifier le linceul à l'effet 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. ▶ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : réanimation cardio-respiratoire), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>Se référer à l'entreprise funéraire choisie par la personne désignée. Référer à : COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires</p>
<p>Ventilation et climatisation</p>	<p>Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation devraient être correctement installés et régulièrement inspectés et entretenus par la direction des services techniques de l'installation. Référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques ▶ Document d'appui destiné au Comité consultatif sur la transmission de la COVID-19 en milieux scolaires et en milieux de soins et sur le rôle de la ventilation <p>Concernant les appareils mobiles, référer à : Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19</p>
<p>Formation</p>	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains ▶ Les avantages de la vaccination ▶ L'identification d'un cas suspecté de COVID-19 ▶ Les précautions additionnelles requises ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI ▶ Tout autre sujet relié à la COVID-19 et jugé pertinent (ex. : arrêtés ministériels, etc.)
<p>Audits</p>	<p>Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, qualité du triage (questions posées), hygiène des mains, désinfection du matériel de soins, respect de la distanciation physique, port du masque médical par les usagers, etc.)</p>
<p>Communication</p>	<p>S'assurer que toutes informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle des infections sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>
<p>Suivi à la DSPublique</p>	<p>Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) de COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.</p>

Gestion des personnes exposées

Exposition des TdeS	Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer à : SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins
Exposition potentielle et prise en charge des usagers hospitalisés et répondant à la définition de contact étroit suite à la découverte d'un cas pour lequel les précautions additionnelles n'étaient pas en place	<p>Recherche des contacts étroits</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Faire une recherche des contacts étroits (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé).▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits. Éviter de cohorter ces contacts avec les cas suspectés de COVID-19 ou avec les cas confirmés de COVID-19.▶ L'évaluation individuelle du risque doit notamment prendre en considération la durée d'exposition, les symptômes présentés par le cas lors de l'exposition, le port du masque médical ou non par l'utilisateur, le partage de matériel de soins et le milieu où l'exposition s'est produite. <p>Prise en charge du contact étroit</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Isolement préventif en précautions additionnelles gouttelettes-contact.▶ Procéder aux dépistages requis. Référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieu de soins.▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19.▶ Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, il faut poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. Si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition, cesser les précautions additionnelles requises.▶ Les déplacements de l'utilisateur hors de sa chambre doivent être limités à ceux absolument requis pour des raisons médicales.<ul style="list-style-type: none">▶ L'utilisateur doit porter un masque médical pour toute la durée du déplacement, le garder pendant l'examen (si applicable selon le type d'examen) et le porter pour son retour à sa chambre. Il peut le retirer lorsqu'il est de retour à sa chambre et si aucune personne (TdeS, autre usager, visiteur) ne se trouve à moins de deux mètres.▶ L'utilisateur doit être encouragé à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires.▶ Si un usager (asymptomatique) quitte l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, le suivi avec la DSPublique doit se faire selon les modalités locales.

Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli » (ayant eu un diagnostic de COVID-19 depuis moins de 6 mois)		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique avec maladie légère ou modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU cas clinique avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou 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"> ▶ qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager immunosupprimé excluant les immunosupprimés sévères</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU ▶ cas clinique ET ▶ qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	Admettre en zone froide
	<p>Usager immunosupprimé sévères sévère (ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ confirmé de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) OU ▶ cas clinique ET ▶ qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) 	<p>Évaluation par l'équipe traitante</p> <p>Si risque d'excrétion virale prolongée, instaurer une stratégie de tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations à intervalle de 24 heures) pour cesser l'isolement au moment opportun.</p> <p>Admettre en zone froide ou en zone chaude selon la décision de l'équipe traitante.</p>

* Sans prise d'antipyrétique.

Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation. Des adaptations peuvent être faites localement en collaboration avec les équipes de PCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La gestion du mouvement des TdeS doit être faite en fonction des directives du MSSS. ▶ Dédier les TdeS à chacun des types de zones (chaude, tiède, froide). ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés (ex. : inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.), ceux-ci doivent débiter leur travail par les zones froides, suivi des zones tièdes et terminer par les zones chaudes. ▶ Pour le passage d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide, l'ÉPI complet doit être retiré. Un nouveau masque médical et une nouvelle protection oculaire doivent être revêtus. Une hygiène des mains rigoureuse doit être effectuée. ▶ Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), retirer la blouse et les gants suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. <p>ZONE CHAUDE</p> <p>Informations générales</p> <p>Une zone chaude héberge des cas confirmés de COVID-19 par laboratoire.</p> <p>Une cohorte d'usagers confirmés de COVID-19 est une zone bien définie géographiquement, bien délimitée physiquement et ayant du personnel dédié (ex. : extrémité d'un corridor). À noter que le secteur de l'urgence ne peut généralement pas être considéré comme une cohorte, car souvent, la configuration des aires physiques ne le permet pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retirer de la zone chaude le surplus de matériel jugé non nécessaire. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). <p>Choix de l'hébergement</p> <p>Privilégier des chambres individuelles pour diminuer la quantité de virus expulsé dans l'air d'une chambre commune qui héberge deux ou plusieurs cas confirmés de COVID-19, notamment si l'espace est restreint.</p> <p>Changement d'ÉPI en zone chaude</p> <p>Les instances internationales ont des pratiques différentes quant aux changements d'ÉPI dans les zones chaudes. :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Port prolongé de l'ÉPI complet dans les cohortes (Australie, Saskatchewan et Manitoba). ▶ Port prolongé du masque et de la protection oculaire avec changement des gants et de la blouse entre chaque chambre de la cohorte (ASPC, ECDC, Royaume-Uni et l'Alberta). ▶ Changement entre chaque cas ou chambres (aucun port prolongé) des ÉPI au complet dans les cohortes (OMS, CDC, Colombie-Britannique et l'Ontario).
---	--

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>Il n'y a pas de recommandations ou de données scientifiques démontrant qu'un choix de pratique est meilleur que l'autre. En l'absence de consensus dans la littérature et chez les experts, une évaluation du risque doit être faite localement en tenant compte du type de milieu, du type de clientèle, ainsi que de la nature et de la durée des contacts entre les TdeS et les usagers. Il faut aussi prendre en considération divers éléments tels que la formation donnée aux TdeS sur le port et le retrait de l'ÉPI, la configuration des lieux, les trajectoires de circulation, l'accès au matériel, les résultats des audits en lien avec les ÉPI (port et retrait) et la capacité du milieu à surveiller l'application rigoureuse des mesures en place (ex. : surveillance de la cohorte par agent de sécurité ou personnel médical).</p> <p>Certaines études ont démontré que le SRAS-CoV-2 peut survivre un certain temps sur les ÉPI mais la transmission au TdeS du SRAS-CoV-2 via les ÉPI contaminés n'a pas été documentée (Kasloff <i>et al.</i>, 2020).</p> <p>Deux options sont donc possibles quant à l'utilisation de l'ÉPI dans une cohorte d'usagers confirmés de COVID-19 :</p> <p>Option 1 : Changement d'ÉPI à la sortie de chaque chambre de la cohorte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Changer la blouse, le masque et la protection oculaire entre chaque chambre. 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 ainsi qu'à la sortie de chaque chambre et procéder à l'hygiène des mains avant de revêtir de nouveaux gants. <p>Option 2 : Changement d'ÉPI à la sortie de la cohorte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Conserver la blouse, le masque et la protection oculaire, si non visiblement souillés, entre les cas, entre les chambres dans la cohorte et dans les autres secteurs considérés chauds (ex. : salle commune, salon des familles, cuisinette, etc.) et faisant partie de la cohorte. ▶ Changer de gants entre chaque usager ainsi qu'à la sortie de chaque chambre et procéder à l'hygiène des mains avant de revêtir de nouveaux gants. <p>Une combinaison des deux options est aussi possible : port prolongé de la protection oculaire et du masque, avec changement de la blouse entre chaque chambre. Dans cette option, les gants doivent être changés entre chaque usager et une hygiène des mains doit être réalisée.</p> <p>Dans une zone chaude, le poste de garde doit être considéré comme une zone froide sauf en de rares exceptions. L'ÉPI complet doit être retiré avant d'y entrer. Un nouveau masque et une nouvelle protection oculaire ou une protection oculaire désinfectée doivent être revêtus avant l'entrée dans une zone froide. Advenant qu'il soit impossible de maintenir le poste froid, l'ÉPI complet doit être changé avant d'y entrer.</p>
---	---

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>ZONE TIÈDE</p> <p>Une zone tiède héberge des usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2.</p> <p>Les recommandations pour la zone tiède sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Éviter de mettre un cas confirmé de COVID-19 avec des cas suspectés de COVID-19. ▶ Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis dans ces chambres et doivent être changés entre chaque usager puisque leur statut infectieux est inconnu. ▶ Procéder à l'hygiène des mains entre les usagers. ▶ Si deux cas suspectés de COVID-19 ou contacts étroits sont placés 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 (ex. : rideau séparateur). 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. ▶ Si un usager confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle d'une zone chaude : 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) dans l'attente du transfert en chambre individuelle. 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. ▶ Retirer de la zone tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). <p>ZONE FROIDE</p> <p>Une zone froide héberge des usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition.</p>
<p>Hygiène et salubrité</p>	<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 (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référez à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité ▶ Référez à Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) -Type de précautions : gouttelettes-contact
<p>Équipement de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 matériel dédiés pour chaque cohorte de l'unité. <p>En dernier recours, pour les équipements de soins et le matériel partagé (ex. : tiges à soluté, pompes volumétriques, fauteuils roulants, etc.) par les différentes cohortes de l'unité, le service responsable doit nettoyer et désinfecter les surfaces à risque élevé de contamination des équipements après chaque utilisation.</p>

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2021, 17 février). *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. (2020a, 30 avril). *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>

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>

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

Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J.E., Alexander, D. *et al.* (2020, 22 mai). 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. (2020, 28 avril). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention. (2020a, 15 juillet). *Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for disease control and prevention. (2020b, 10 septembre). *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>

Center for disease control and prevention. (2020c, 10 septembre). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.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>

- 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)
- Gouvernement du Québec. (2013). *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). *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. [10.1038/s41591-020-0869-5](https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5)
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2020a, 1^{er} avril). *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>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2020b, 24 septembre). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf
- Kasloff, S. B., Strong, J. E., Funk, D., Cutts, T. (2020, 12 juin). Stability of Sars-CoV-2 on critical personal protective equipment. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2020.06.11.20128884>
- 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)
- 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. Prépublication. <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)
- 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)
- 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. (2020a, 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. (2020b, 27 mai). *Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance.* [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

Organisation mondiale de la santé. (2020c, 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, JF., et 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. et 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>

Seideman, 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., Giacini, 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>

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>

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. [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 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. [10.1128/CMR.00184-20](https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20)

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 10.0	2020-12-18	► Ajouts et modification des définitions, ajout de sections : hygiène des mains, port du masque chez l'utilisateur, port du masque chez le TdeS, bonification des recommandations d'hébergement et de la section vêtements des TdeS, précisions temps d'attente des changements d'air post IMGA, précisions section « Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes »
V11.0	2021-05-13	► Ajouts et modifications de définitions, ajout de sections : vaccination TdeS, distanciation usagers et hygiène des usagers, bonification de sections : ÉPI, ventilation/climatisation, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères, refonte de la section Cohorte de cas sur une même unité de soins
V11.1	2021-06-01	► Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.
V11.2	2021-06-22	► Changement de 3 à 6 mois pour l'utilisateur considéré « rétabli ».

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé du 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 (2021)

N° de publication : 2906

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

23 novembre 2021 – Version 12.0 modifications apportées en jaune

Sommaire

Préambule	2
Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	3
Définitions	3
Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	11
Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé	12
Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19	23
Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins	24

Une couverture vaccinale **élevée** tant chez les travailleurs de la santé (TdeS) que chez les usagers diminue le risque de transmission nosocomiale dans les milieux de soins.

- ▶ Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) surveille de près les données épidémiologiques de la vigie génomique des variants qui permet de documenter la progression des cas de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 parmi l'ensemble des cas de COVID-19. Advenant des données épidémiologiques démontrant la circulation de certains variants pour lesquels il y a des preuves scientifiques d'échappement immunitaire significatif, les recommandations seront ajustées.

▶ Les recommandations tiennent compte de la présence de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec.

▶ Les directives ministérielles et les consignes sanitaires continuent de s'appliquer autant pour les TdeS que les usagers, peu importe leur statut vaccinal.

- ▶ Le statut immunitaire du TdeS permet de moduler les indications **de dépistage et** de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19.

Préambule

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines espèces peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche SRAS-CoV-2. L'appellation SRAS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) est utilisée pour désigner le coronavirus lié à l'actuelle pandémie, tandis que le terme COVID-19 (pour Coronavirus Disease 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

Ce document présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en lien avec la présence du SRAS-CoV-2 en milieu de soins de courte durée. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).

L'identification rapide d'un usager ou d'un TdeS pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application des mesures de PCI sont prioritaires pour prévenir une transmission du virus.

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux directives ministérielles ainsi qu'aux autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/>

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19

Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial et national :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees ▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html
Mode de transmission	Référer à Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie.
Tableau clinique	<p>Des informations sont disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/ ▶ https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques.html ▶ https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19

Définitions

Les définitions présentées dans cette section ne tiennent pas compte du statut vaccinal de l'utilisateur ou du TdeS puisque, malgré la vaccination, un individu peut faire la COVID-19. Ceci s'applique pour les définitions de cas et les définitions de contacts étroits et élargis.

Définitions	
Cas aux fins de surveillance	<p>La COVID-19 est une maladie surveillée dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la pandémie de SRAS-CoV-2.</p> <p>Cas confirmé par laboratoire et cas confirmé par lien épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer à Définition de cas de COVID-19 – Québec. ▶ Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).
Cas suspecté de COVID-19	Usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test ou en attente de résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2.
Travailleurs de la santé	<p>Toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec la clientèle OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Définitions	
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	De 48 heures précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique, jusqu'à la levée de l'isolement.
Cas nosocomial usager	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15 de l'arrivée dans le milieu de soins. <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours et plus et jusqu'à 14 jours depuis son arrivée dans le milieu de soins (période maximale d'incubation du virus) (CNISP, 2020). <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours (CNISP, 2020) après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et à la suite de l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p>
Cas nosocomial travailleur de la santé	Cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique et relié épidémiologiquement à un cas confirmé de COVID-19 (usager ou TdeS) ET absence d'exposition claire à un cas de COVID-19 dans la communauté.
Éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deux cas (usagers et/ou TdeS) nosocomiaux avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas. <p>À des fins d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dès le premier cas nosocomial, il est requis d'instaurer immédiatement des mesures de PCI; les actions nécessaires en présence d'une éclosion pourraient être mises en place d'emblée selon la situation. L'évaluation du service de PCI ou de la Direction de la santé publique (DSPublique) (selon les modalités locales) est nécessaire dans cette situation. Référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins ▶ Ne pas attendre les résultats du type de variant pour mettre en place rapidement les mesures d'éclosions. Si confirmation par laboratoire de variants différents, les mesures peuvent être ajustées après consultation avec l'équipe PCI.

Définitions (suite)	
Contact étroit usager	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (EPI) porté par le TdeS, le port du masque médical par l'usager, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique rapproché, mais de courte durée (ex. : aide à l'alimentation, transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS.</p> <p>Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, jeu entre usagers pédiatriques, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglas, etc.) qu'un cas confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité. OU ▶ Usager qui n'est pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé de COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition. OU ▶ Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé de COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Si le cas est un usager non apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) une évaluation au cas par cas devra être effectuée en collaboration avec l'équipe PCI afin de déterminer les contacts étroits.</p> <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les usagers suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces usagers serait alors effectué au même moment que les autres usagers contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieu de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : aide à l'alimentation, transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit ET ▶ Séjournant sur une unité de soins, où il y a présence d'un cas confirmé de COVID-19 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Chez un usager confirmé pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité. OU ▶ Chez un TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré comme un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne (ex. : partage d'équipement de soins, partage du même personnel de soins).</p>

Définitions (suite)	
Contact étroit travailleur de la santé	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté adéquatement par le TdeS, le port du masque médical par l'usager, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : déplacement d'un ÉPI pendant la mobilisation de l'usager, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). Référez à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical* et ayant donné des soins à un usager confirmé de COVID-19 à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées durant sa période de contagiosité. OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant eu des contacts significatifs à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées avec un TdeS confirmé de COVID-19 qui portait adéquatement ou non un masque médical durant sa période de contagiosité (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.) OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement l'appareil de protection respiratoire ou le masque médical ET la protection oculaire et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. Référez à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les TdeS suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces TdeS serait alors effectué au même moment que les autres TdeS contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référez à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieu de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS ET ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un usager confirmé de COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité. OU ▶ D'un TdeS confirmé de COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré comme un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.</p>

* Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou au type d'APR.

Définitions (suite)	
Critères d'exposition	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les critères d'exposition à considérer en milieu de soins sont : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un contact étroit d'un cas confirmé de COVID-19. ▶ Être un usager asymptomatique, partiellement protégé ou non protégé, de retour de voyage* à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours. ▶ Être un usager ou un TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active. ▶ Pour les expositions en communauté, référer aux tableaux 8 et 9 du document COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.
Usager/travailleur de la santé considéré protégé	<p>Usager ou TdeS répondant à un des critères suivants (excluant l'usager ou le travailleur immunosupprimé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A reçu 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose. ▶ A reçu 1 dose du vaccin Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours après la dose. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non). ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois ET suivi par au moins 1 dose de vaccin depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).
Usager/travailleur de la santé considéré partiellement protégé	<p>Usager ou TdeS répondant à un des critères suivants (excluant l'usager ou le travailleur immunosupprimé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A reçu 1 dose de vaccin depuis ≥ 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson). ▶ A reçu 2 doses de vaccin dont la 2^e dose date de < 7 jours. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET non vacciné. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.
Usager/travailleur de la santé considéré non protégé	<p>Usager ou TdeS répondant à un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN et non vacciné. ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN ET 1 dose de vaccin < 14 jours. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour). ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours (données insuffisantes à ce jour). ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

* La notion de voyage inclut tout déplacement de plus de 48 heures à l'extérieur du Québec.

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps	
Affichage	<p>Renforcer l’affichage à toutes les entrées de l’installation, dans les aires d’attente du triage et du prétrriage (si en place dans l’installation), dans les salles d’attente, dans la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical. ▶ Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 pour les TdeS et les usagers. ▶ Promouvoir le respect de la distanciation physique. ▶ Identifier la salle d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Afficher s’il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes ainsi que les consignes à suivre. ▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
Pratiques de base	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers, les TdeS, les visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L’HDM avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les TdeS, les usagers, les visiteurs et les personnes proches aidantes. Référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains. ▶ L’hygiène et l’étiquette respiratoires. Référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires. ▶ L’hygiène et la salubrité de l’environnement selon les procédures de l’installation avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ La prise en charge des visiteurs, des accompagnateurs, des personnes proches aidantes et de la bulle familiale dans les secteurs pédiatriques et mère-enfant. <p>S’assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps. Référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Section Équipement de protection individuelle</i> ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle.
Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Installer des stations d’hygiène des mains accessibles et sécuritaires : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ex. : Présence de distributeurs de SHA à la porte des chambres ou dans les chambres. ▶ Le TdeS doit assister l’usager pour procéder à l’hygiène des mains au besoin.
Vaccination des travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La vaccination contre le SRAS-CoV-2 chez les TdeS doit être considérée comme étant la première mesure préventive pour réduire le fardeau de la COVID-19 dans les milieux de soins. ▶ L’adhésion à la vaccination par les TdeS est une responsabilité collective dans un contexte de pandémie (Popescu, 2021). ▶ Référer aux directives ministérielles et au Protocole d’immunisation du Québec (PIQ).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▶ Référer à Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence.
Port du masque chez l'usager	<p>Le port du masque médical* est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard au secteur où ils se trouvent. ▶ Usagers de l'urgence (couché sur civière ou non); le port du masque est recommandé en tout temps par l'usager si la configuration des lieux ne permet pas le respect de la distanciation physique de 2 mètres (ex. : absence de rideaux séparateurs ou de paroi de plexiglas entre les usagers). <p>Pour les usagers en ambulatoire (ex. : cliniques externes, médecine de jour), le port du masque est recommandé en tout temps.</p> <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne tolérant pas le port du masque. ▶ Usager qui dort. ▶ Interférence avec les soins. <p>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'usager infecté) diminue l'expulsion de particules respiratoires. Ajoutée au port du masque chez les TdeS, cette mesure est plus efficace que lorsque le masque n'est porté que par le TdeS (diminue le risque d'acquisition). Des données démontrent une diminution significative de la transmission nosocomiale avec le port universel du masque chez les usagers et les TdeS (Mermel <i>et al.</i>, 2020; Nguyen <i>et al.</i>, 2020; Seidelman <i>et al.</i>, 2020; Zhang <i>et al.</i>, 2020; Thompson <i>et al.</i>, 2021).</p> <p>Le masque médical utilisé par l'usager devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins. ▶ Être changé minimalement toutes les 24 heures. S'il est porté de façon soutenue, il doit être changé plus souvent. Le changer s'il est mouillé, souillé ou endommagé. <p>Pour le port du masque chez la clientèle pédiatrique, référer à Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé.</p>

* Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. Référer à : [SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins](#).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Port du masque chez le travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un masque médical ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui est un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Un masque médical ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un autre TdeS. ▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être changé à la sortie de la chambre d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause. Pour les indications lors de soins aux cas de COVID-19, référer à la section <i>Cohortes de cas sur une même unité de soins</i>. ▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé. ▶ Être changé lors des pauses et des repas. ▶ Être porté pour une durée maximale de 4 heures outre les situations énumérées ci-haut.
Dépistage de l'usager avant le bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002939/. ▶ Référer à COVID-19 Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19.
Surveillance chez les usagers	<p>Afin d'identifier rapidement un cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Implanter une surveillance quotidienne des symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, peu importe le statut immunitaire, requiert une évaluation clinique par une autorité compétente et devrait être validée en complémentarité avec une prise de signes vitaux. ▶ Procéder à un prélèvement pour la recherche du SRAS-CoV-2 chez les usagers selon les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).
Surveillance chez les travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI. ▶ Il est recommandé de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne d'un registre attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour). ▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19, sauf ceux chez qui les symptômes peuvent être attribuables à la réception du vaccin contre la COVID-19 pour lesquels une évaluation spécifique doit être faite. Référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins et SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination COVID-19 en milieu de soins.
Distanciation physique de l'usager	<p>Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : paroi de plexiglas, rideau séparateur) malgré le port du masque par l'usager.</p>
Distanciation physique des travailleurs de la santé	<p>Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres avec les autres TdeS et lorsque possible avec les usagers, en tout temps dans le milieu de soins. Référer à Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieu de soins.</p>

Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 à l'urgence

Mesures à appliquer en tout temps lors de la prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	
Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Port du masque médical pour l'usager. Si l'usager porte un masque médical ou un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque médical neuf.▶ Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'usager suspecté de COVID-19. Si impossible, prévoir une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas). <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.▶ Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce :<ul style="list-style-type: none">▶ Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non).▶ Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19. <p>Étape 3 (cas suspecté de COVID-19 qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA devrait être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>

Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'usager et les interventions effectuées.</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé.▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie).▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat positif pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>).▶ 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) (ASPC, 2014).▶ 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>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <p>Lors de la réalisation d'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, référer à : Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 pour connaître les précautions additionnelles à mettre en place.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 10 derniers jours (référer à la section <i>Définitions</i>).▶ Usager asymptomatique, partiellement protégé ou non protégé, de retour de voyage* à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours. Si requis, effectuer des dépistages selon les modalités locales.▶ Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire.

* La notion de voyage inclut tout déplacement de plus de 48 heures à l'extérieur du Québec.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Équipements de protection individuelle</p>	<p>Pour les recommandations en lien avec le port du masque, référer à la section <i>Port du masque chez les travailleurs de la santé</i>.</p> <p>Équipements de protection individuelle requis sans IMGA et avec IMGA à risque non documenté de transmission d'aérosols infectieux</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.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour s'assurer que le masque médical n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas le port adéquat du masque médical. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne peuvent pas être considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. <p>Équipements de protection individuelle requis avec IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux</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 devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour assurer que l'APR n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas l'ajustement et l'étanchéité de l'APR. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne sont pas considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps.▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement).
--	--

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Si une cohorte de cas est présente, référer à la section <i>Cohortes de cas sur une même unité de soins</i> pour les indications et les options de retrait de l'ÉPI.</p> <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).</p> <p>Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (antichambre ou corridor) à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'ÉPI.</p> <p>L'ordre de retrait de l'ÉPI ci-dessous est tiré des méthodes de soins informatisées https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi, mais il peut être adapté selon les modalités locales.</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, mais elle peut être adaptée 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 et procéder à l'hygiène des mains.▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.▶ Pour terminer, retirer l'APR puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. L'APR ne doit pas être retiré à l'intérieur d'une pièce où 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).
---	--

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Interventions médicales générant des aérosols	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. ▶ Les IMGA à risque non documenté nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de précautions aériennes. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre au moment de l'ouverture de la porte et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port de l'APR pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA à risque reconnu ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce en tout temps avant la fin du temps d'attente, tout en limitant le temps d'ouverture de la porte au minimum pour ne pas perdre le différentiel de pression.</p>
Hébergement	<p>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 confirmés de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers) (référer à la section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>). <p>Si l'usager suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat ou si l'usager confirmé de COVID-19 est en chambre multiple avec des usagers non confirmés de COVID-19 et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser le port du masque par l'usager suspecté ou confirmé de COVID-19 et pour les autres usagers partageant la chambre. ▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : paroi de plexiglas, rideau séparateur). ▶ 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>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). ▶ Il est préférable de transférer dès que possible l'usager suspecté ou confirmé de COVID-19 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 suspectés ou confirmés de COVID-19 qui nécessitent des IMGA en continu.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Durée des mesures	<p>Informations générales</p> <p>Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) s'avère un excellent test pour diagnostiquer la maladie chez un usager symptomatique, mais il n'est pas un indicateur fiable pour déterminer la contagiosité des cas.</p> <p>En effet, un des meilleurs indicateurs de la période de contagiosité est le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes. Le pic de contagiosité survient environ 2 jours avant et au moment de l'apparition des symptômes. La contagiosité diminue rapidement par la suite sur une période de 7 à 8 jours chez la majorité des usagers avec une maladie légère ou modérée. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours chez les usagers en bonne santé avec maladie légère ou modérée (Wolfel <i>et al.</i>, 2020; Li <i>et al.</i>, 2020; Xiao <i>et al.</i>, 2020; CDC, 2020c). Dans ce contexte et pour ce type d'usager, le TAAN n'est pas retenu comme un indicateur pour déterminer la contagiosité des cas afin de cesser les précautions additionnelles.</p> <p>Il est important de noter qu'il existe peu de données claires et précises présentant des résultats d'analyse avec cultures virales chez les personnes âgées (Santé publique Ontario, 2021). L'amélioration du tableau clinique ainsi que le délai écoulé depuis l'apparition des symptômes demeurent donc, pour le moment, les meilleurs indicateurs pour cesser les précautions additionnelles chez cette clientèle. Il est à noter qu'il est difficile de définir l'âge précis pour lequel une personne est considérée âgée, car il y a une absence ou une hétérogénéité au niveau des définitions de cette clientèle dans les différentes études.</p> <p>Contrairement aux autres catégories d'usagers, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires de laboratoire pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Santé publique Ontario, 2021; Aguinaga <i>et al.</i>, 2020; Benotmane <i>et al.</i>, (2020); DiCiaccio <i>et al.</i>, 2020; Wu <i>et al.</i>, 2020). Devant l'incapacité d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène, il est donc recommandé de retourner à une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle pour les usagers immunosupprimés sévères.</p> <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté de COVID-19, attendre la confirmation d'un résultat négatif du test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises puisque'il peut s'agir d'une co-infection.</p> <p>L'ensemble des facteurs suivants doit être pris en considération avant de cesser les 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>
--------------------------	--

* 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.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Durée des mesures	<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> <p>3. Usagers avec immunosuppression</p> <p>(Référer à la définition de l'INESSS : COVID-19 et personnes immunosupprimées)</p> <p>Une évaluation cas par cas doit être effectuée par l'équipe traitante dans le but de déterminer le degré d'immunosuppression selon le statut clinique de l'usager.</p> <p>3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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) <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>3.2 Usagers avec immunosuppression sévère</p> <p>(Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <p>L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée et instaurer au besoin une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations à intervalle de 24 heures) afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement. L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique). Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 de l'usager est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (ex. : Décadron et Tocilizumab) (Cogliati et al., 2021) est aussi à évaluer par l'équipe traitante.</p>
Prélèvements et laboratoire	Référer aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): détection (TAAN) sur spécimen clinique.
Manipulation des prélèvements	Référer aux procédures de l'établissement.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur. ▶ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.). ▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le port du masque médical est fortement recommandé pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre utilisateur, visiteur, personne proche aidante), sauf pour les exceptions mentionnées dans la section <i>Port du masque chez l'utilisateur</i>. ▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▶ Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section Retrait de l'ÉPI) puis procéder à l'HDM. ▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours. ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'ÉPI requis pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▶ Suite au départ de l'utilisateur de la salle de consultation ou d'examen, si IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. ▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail entrés en contact direct ou indirect avec l'utilisateur et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'utilisateur. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres utilisateurs et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des utilisateurs suspectés ou confirmés de COVID-19 prévus par l'installation (ex. : ascenseur réservé). ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le déplacement de l'utilisateur si applicable et selon les modalités locales (ex. : fauteuil roulant, civière, aide à la marche, etc.).
Transfert interétablissements de l'utilisateur	<p>Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.</p>

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/centres-hospitaliers ▶ 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 des critères d'exposition. <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'utilisateur (ex. : parents d'un enfant dans le secteur pédiatrique, conjoint d'une femme enceinte hébergée dans un secteur mère-enfant). ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite devra alors être reportée. ▶ 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'utilisateur. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation, 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. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit respecter les directives ministérielles pour le port du masque dans le milieu. Des adaptations locales pourraient être apportées pour des secteurs très restreints (milieux de vie, pédiatrie, secteur mère-enfant). ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes entrant dans la chambre d'un cas confirmé de COVID-19. <p>La <u>personne proche aidante</u> est :</p> <p>Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychologique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services (MSSS, 2020).</p> <p>Les <u>visiteurs</u> désignent :</p> <p>Les personnes qui font partie de l'entourage de l'utilisateur. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail ou de parenté plus distante, etc. Contrairement à la personne proche aidante, les contacts de ces personnes avec l'utilisateur, bien qu'importants, sont ponctuels et ne sont pas essentiels à son intégrité physique ou psychologique (MSSS, 2020).</p>
<p>Bénévoles</p>	<p>Référer aux directives ministérielles.</p>
<p>Stagiaires/étudiants et résidents/externes</p>	<p>Référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.</p>
<p>Hygiène corporelle des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers suspectés ou confirmés de COVID-19. ▶ Adapter le type de soins d'hygiène corporelle de l'utilisateur selon l'évaluation de son statut infectieux et de sa condition médicale. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si l'utilisateur 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'utilisateur.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'usager : <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'usager. 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'usager. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <p>Désinfection quotidienne</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact ▶ 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>Désinfection terminale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact ▶ Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact ▶ 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. ▶ 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.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du travailleur de la santé	<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. ▶ Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement. ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ 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. ▶ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : réanimation cardio-respiratoire), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>
Ventilation et climatisation	<p>Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation devraient être correctement installés et régulièrement inspectés et entretenus par la direction des services techniques de l'installation. Référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques ▶ Document d'appui destiné au Comité consultatif sur la transmission de la COVID-19 en milieux scolaires et en milieux de soins et sur le rôle de la ventilation <p>Concernant les appareils mobiles, référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19
Formation	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains ▶ Les avantages de la vaccination ▶ L'identification d'un cas suspecté de COVID-19 ▶ Les précautions additionnelles requises ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI ▶ Tout autre sujet relié à la COVID-19 et jugé pertinent (ex. : arrêtés ministériels, etc.)
Audits	<p>Effectuer des audits de processus. Les audits primordiaux à effectuer sont 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 informations pertinentes à l'application des mesures de PCI sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>
Suivi à la DSPublique	<p>Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) de COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.</p>

Gestion des personnes exposées

Exposition des travailleurs de la santé

Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer à [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins](#)

Exposition des usagers

Pour plus de détails sur la prise en charge d'un usager répondant à la définition de contact étroit, référer à la section 4 : *Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou TdS)* du document [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieu de soins](#)

Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli » (ayant eu un diagnostic de COVID-19 depuis moins de 6 mois)		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) avec maladie légère ou modérée</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou 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> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager immunosupprimé excluant les immunosupprimés sévères</p> <p>Confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique)</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
	<p>Usager immunosupprimé sévère (ex. : greffé d'organes solides, greffé de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <p>Confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique)</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	<p>Évaluation par l'équipe traitante pour déterminer le besoin ou non de précautions additionnelles.</p> <p>Si risque d'excrétion virale prolongée, instaurer une stratégie de tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations à intervalle de 24 heures) pour cesser l'isolement au moment opportun.</p>

* Sans prise d'antipyrétique.

Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspects ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>Le Cinq recommande la mise en place de cohortes comme mesure de PCI pour la gestion des cas.</p> <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 est utilisé est également dédié à cette cohorte.</p> <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 confirmés de COVID-19 (héberge des usagers confirmés par laboratoire pour le SRAS-CoV-2)▶ Cohorte de cas suspects de COVID-19 (héberge des usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2)▶ Cohorte d'usagers asymptomatiques ayant des critères d'exposition (référer à la définition de critères d'exposition dans la section <i>Définitions</i>)▶ Cohorte d'usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition (référer à la définition de critères d'exposition dans la section <i>Définitions</i>) <p>Lorsque des cohortes sont mises en place, des mesures de PCI doivent être respectées :</p> <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.▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés, ceux-ci devraient visiter en premier les usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition, suivi des usagers suspects de COVID-19 ou avec critères d'exposition puis des usagers confirmés de COVID-19.▶ Privilégier l'utilisation des chambres individuelles afin de diminuer la concentration de cas (principe de densité d'usagers).▶ Si deux cas suspects de COVID-19 ou deux cas asymptomatiques ayant 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.▶ Dans une cohorte de cas suspects de COVID-19 ou une cohorte d'usagers ayant 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.▶ 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).▶ 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>Cohortes de cas sur une même unité de soins (suite)</p>	<p>Changement d'ÉPI dans les cohortes de cas confirmés de COVID-19</p> <p>Les instances internationales ont des pratiques différentes quant aux changements d'ÉPI dans les cohortes de cas confirmés de COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Port prolongé de l'ÉPI complet dans les cohortes (Saskatchewan et Manitoba). ▶ Port prolongé du masque et de la protection oculaire avec changement des gants et de la blouse entre chaque chambre de la cohorte (ECDC, Royaume-Uni et Alberta). ▶ Changement entre chaque cas ou chambres (aucun port prolongé) des ÉPI au complet dans les cohortes (ASPC, OMS, CDC, Colombie-Britannique, Ontario et Australie). <p>Il n'y a pas de recommandations ou de données scientifiques démontrant qu'un choix de pratique est meilleur que l'autre. En l'absence de consensus dans la littérature et chez les experts, une évaluation du risque doit être faite localement en tenant compte du type de milieu, du type de clientèle, ainsi que de la nature et de la durée des contacts entre les TdeS et les usagers. Il faut aussi prendre en considération divers éléments tels que la formation donnée aux TdeS sur le port et le retrait de l'ÉPI, la configuration des lieux, les trajectoires de circulation, l'accès au matériel, les résultats des audits en lien avec les ÉPI (port et retrait) et la capacité du milieu à surveiller l'application rigoureuse des mesures en place (ex. : surveillance de la cohorte par agent de sécurité ou personnel médical).</p> <p>Certaines études ont démontré que le SRAS-CoV-2 peut survivre un certain temps sur les ÉPI mais la transmission au TdeS du SRAS-CoV-2 par l'entremise des ÉPI contaminés n'a pas été documentée (Kasloff <i>et al.</i>, 2020).</p> <p>Lors de la mise en place d'une cohorte de cas confirmés de COVID-19, le corridor associé à cette cohorte devrait préférablement être considéré comme un endroit non contaminé.</p> <p>Si le corridor associé à la cohorte de cas confirmés 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.</p> <p>Si le corridor associé à la cohorte de cas confirmés 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.</p> <p>NOTIONS DE ZONES</p> <p>Dans le contexte de la COVID-19, le MSSS a émis des directives sur les modalités de mise en place et d'application du concept des zones (froide, tiède, chaude).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les définitions de zones relèvent du MSSS. <p>De façon générale, la création d'une zone chaude ou tiède se fait par le biais d'un regroupement (cohorte) d'usagers confirmés ou suspectés de COVID-19 dans un endroit dédié dans le milieu de soins.</p>
<p>Hygiène et salubrité</p>	<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"> ▶ Référer à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité ▶ Référer à Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact
<p>Équipement de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>Si des équipements de soins et du matériel sont partagés entre différentes cohortes, un nettoyage et une désinfection doit être réalisé après chaque utilisation.</p>

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2021, 17 février). *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. (2021a, 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>

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>

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

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. (2020, 28 avril). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention. (2021a, 10 septembre). *Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for disease control and prevention. (2021b, 12 février). *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>

Center for disease control and prevention. (2021c, 14 septembre). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.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)

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>

- 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>
- 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)
- 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. (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>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2020a, 24 septembre). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf
- 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>
- 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)
- 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. Prépublication. <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)
- 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)

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. (2021a, 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. (2020a, 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., Bleadsdale, S.C., Jones, R.M. (2019, 31 octobre). Respiratory viruses on personal protective equipment and bodies of healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 40(12), 1356-1360. <https://doi.org/10.1017/ice.2019.298>

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., Giacini, 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>

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>

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. [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, 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. [10.1128/CMR.00184-20](https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20)

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V12.0	2021-11-18	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajouts et bonification de libellées dans l'ensemble du document : ajout de précisions pour le secteur pédiatrique, ajouts et modifications de définitions, bonification de la définition d'éclosion, bonification de la section « Surveillance chez les usagers », mise à jour de l'information pour les usagers hospitalisés/hébergés ayant voyagé à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours, précision sur le port adéquat de la protection oculaire, changements et précisions de la section « Cohorte de cas sur une même unité de soins »
V11.2	2021-06-22	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Changement de 3 à 6 mois pour l'utilisateur considéré « rétabli ».
V11.1	2021-06-01	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.
V11.0	2021-05-13	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajouts et modifications de définitions, ajout de sections : vaccination TdeS, distanciation usagers et hygiène des usagers, bonification de sections : ÉPI, ventilation/climatisation, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères, refonte de la section Cohorte de cas sur une même unité de soins
V 10.0	2020-12-18	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajouts et modification des définitions, ajout de sections : hygiène des mains, port du masque chez l'utilisateur, port du masque chez le TdeS, bonification des recommandations d'hébergement et de la section vêtements des TdeS, précisions temps d'attente des changements d'air post IMGA, précisions section « Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes »

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

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec

Charles Frenette
Centre universitaire de santé McGill

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

Noémie Savard
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

REPRÉSENTANTE DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
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

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

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé du 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 (2021)

N° de publication : 2906

**Institut national
de santé publique**

Québec 

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

2 décembre 2021 – Version 12.1 modifications apportées en jaune

Sommaire

Préambule	2
Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	3
Définitions	3
Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	11
Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé	12
Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19	23
Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins	24

Une couverture vaccinale élevée tant chez les travailleurs de la santé (TdeS) que chez les usagers diminue le risque de transmission nosocomiale dans les milieux de soins.

- ▶ Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) surveille de près les données épidémiologiques de la vigie génomique des variants qui permet de documenter la progression des cas de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 parmi l'ensemble des cas de COVID-19. Advenant des données épidémiologiques démontrant la circulation de certains variants pour lesquels il y a des preuves scientifiques d'échappement immunitaire significatif, les recommandations seront ajustées.
- ▶ Les recommandations tiennent compte de la présence de variants préoccupants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec.
- ▶ Les directives ministérielles et les consignes sanitaires continuent de s'appliquer autant pour les TdeS que les usagers, peu importe leur statut vaccinal.
- ▶ Le statut immunitaire du TdeS permet de moduler les indications de dépistage et de retrait du travail en fonction des critères d'exposition à un cas de COVID-19.

Préambule

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines espèces peuvent être plus virulentes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche SRAS-CoV-2. L'appellation SRAS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) est utilisée pour désigner le coronavirus lié à l'actuelle pandémie, tandis que le terme COVID-19 (pour Coronavirus Disease 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

Ce document présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en lien avec la présence du SRAS-CoV-2 en milieu de soins de courte durée. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).

L'identification rapide d'un usager ou d'un TdeS pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 et l'application des mesures de PCI sont prioritaires pour prévenir une transmission du virus.

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux directives ministérielles ainsi qu'aux autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/>

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19

Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Surveillance	<p>Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial et national :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees ▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html
Mode de transmission	Référer à Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie.
Tableau clinique	<p>Des informations sont disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/ ▶ https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques.html ▶ https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19

Définitions

Les définitions présentées dans cette section ne tiennent pas compte du statut vaccinal de l'utilisateur ou du TdeS puisque, malgré la vaccination, un individu peut faire la COVID-19. Ceci s'applique pour les définitions de cas et les définitions de contacts étroits et élargis.

Définitions	
Cas aux fins de surveillance	<p>La COVID-19 est une maladie surveillée dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la pandémie de SRAS-CoV-2.</p> <p>Cas confirmé par laboratoire et cas confirmé par lien épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer à Définition de cas de COVID-19 – Québec. ▶ Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des usagers (ASPC, 2020).
Cas suspecté de COVID-19	Usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test ou en attente de résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2.
Travailleurs de la santé	<p>Toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec la clientèle OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Définitions	
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	De 48 heures précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique, jusqu'à la levée de l'isolement.
Cas nosocomial usager	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15 de l'arrivée dans le milieu de soins. <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours et plus et jusqu'à 14 jours depuis son arrivée dans le milieu de soins (période maximale d'incubation du virus) (CNISP, 2020). <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours (CNISP, 2020) après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins. <p>Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et à la suite de l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.</p>
Cas nosocomial travailleur de la santé	Cas confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique et relié épidémiologiquement à un cas confirmé de COVID-19 (usager ou TdeS) ET absence d'exposition claire à un cas de COVID-19 dans la communauté.
Éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deux cas (usagers et/ou TdeS) nosocomiaux avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas. <p>À des fins d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dès le premier cas nosocomial, il est requis d'instaurer immédiatement des mesures de PCI; les actions nécessaires en présence d'une éclosion pourraient être mises en place d'emblée selon la situation. L'évaluation du service de PCI ou de la Direction de la santé publique (DSPublique) (selon les modalités locales) est nécessaire dans cette situation. Référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins ▶ Ne pas attendre les résultats du type de variant pour mettre en place rapidement les mesures d'éclosions. Si confirmation par laboratoire de variants différents, les mesures peuvent être ajustées après consultation avec l'équipe PCI.

Définitions (suite)	
Contact étroit usager	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté par le TdeS, le port du masque médical par l'usager, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique rapproché, mais de courte durée (ex. : aide à l'alimentation, transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS.</p> <p>Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, jeu entre usagers pédiatriques, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglas, etc.) qu'un cas confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité. OU ▶ Usager qui n'est pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé de COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition. OU ▶ Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé de COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Si le cas est un usager non apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) une évaluation au cas par cas devra être effectuée en collaboration avec l'équipe PCI afin de déterminer les contacts étroits.</p> <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les usagers suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces usagers serait alors effectué au même moment que les autres usagers contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : aide à l'alimentation, transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit ET ▶ Séjournant sur une unité de soins, où il y a présence d'un cas confirmé de COVID-19 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Chez un usager confirmé pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité. OU ▶ Chez un TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré comme un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne (ex. : partage d'équipement de soins, partage du même personnel de soins).</p>

Définitions (suite)	
Contact étroit travailleur de la santé	<p>Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté adéquatement par le TdeS, le port du masque médical par l'usager, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : déplacement d'un ÉPI pendant la mobilisation de l'usager, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). Référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical* et ayant donné des soins à un usager confirmé de COVID-19 à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées durant sa période de contagiosité. OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant eu des contacts significatifs à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées avec un TdeS confirmé de COVID-19 qui portait adéquatement ou non un masque médical durant sa période de contagiosité (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.) OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement l'appareil de protection respiratoire ou le masque médical ET la protection oculaire et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. Référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins. <p>Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les TdeS suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces TdeS serait alors effectué au même moment que les autres TdeS contacts étroits décrits ci-haut. Dans cette situation, référer à Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé de COVID-19 pendant sa période de contagiosité.
Contact élargi travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS ET ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un usager confirmé de COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité. OU ▶ D'un TdeS confirmé de COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité. <p>Pour être considéré comme un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.</p>

* Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou au type d'APR.

Définitions (suite)	
Critères d'exposition	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les critères d'exposition à considérer en milieu de soins sont : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un contact étroit d'un cas confirmé de COVID-19. ▶ Être un usager protégé, partiellement protégé ou non protégé, de retour de voyage* d'un pays visé par une considération particulière (ex. : nouveau variant) dans les 14 derniers jours. ▶ Être un usager partiellement protégé ou non protégé, de retour de voyage* à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours. ▶ Être un usager ou un TdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active. ▶ Pour les expositions en communauté, référer aux tableaux 8 et 9 du document COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.
Usager/travailleur de la santé considéré protégé	<p>Usager ou TdeS répondant à un des critères suivants (excluant l'usager ou le travailleur immunosupprimé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A reçu 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose. ▶ A reçu 1 dose du vaccin Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours après la dose. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non). ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois ET suivi par au moins 1 dose de vaccin depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).
Usager/travailleur de la santé considéré partiellement protégé	<p>Usager ou TdeS répondant à un des critères suivants (excluant l'usager ou le travailleur immunosupprimé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A reçu 1 dose de vaccin depuis ≥ 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson). ▶ A reçu 2 doses de vaccin dont la 2^e dose date de < 7 jours. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET non vacciné. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à ≤ 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.
Usager/travailleur de la santé considéré non protégé	<p>Usager ou TdeS répondant à un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN et non vacciné. ▶ Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN ET 1 dose de vaccin < 14 jours. ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour). ▶ Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN > 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours (données insuffisantes à ce jour). ▶ Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

* La notion de voyage inclut tout déplacement de plus de 48 heures à l'extérieur du Québec.

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps	
Affichage	<p>Renforcer l’affichage à toutes les entrées de l’installation, dans les aires d’attente du triage et du prétriage (si en place dans l’installation), dans les salles d’attente, dans la zone adjacente à une borne électronique d’inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d’accueil ou d’inscription à l’urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical. ▶ Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 pour les TdeS et les usagers. ▶ Promouvoir le respect de la distanciation physique. ▶ Identifier la salle d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Afficher s’il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes ainsi que les consignes à suivre. ▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001099/ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-002447/
Pratiques de base	<p>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers, les TdeS, les visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L’HDM avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l’eau et du savon par tous les TdeS, les usagers, les visiteurs et les personnes proches aidantes. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains. ▶ L’hygiène et l’étiquette respiratoires. Référez à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires. ▶ L’hygiène et la salubrité de l’environnement selon les procédures de l’installation avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d’identification d’une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ La prise en charge des visiteurs, des accompagnateurs, des personnes proches aidantes et de la bulle familiale dans les secteurs pédiatriques et mère-enfant. <p>S’assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps. Référez à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Section Équipement de protection individuelle</i> ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle.
Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Installer des stations d’hygiène des mains accessibles et sécuritaires : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ex. : Présence de distributeurs de SHA à la porte des chambres ou dans les chambres. ▶ Le TdeS doit assister l’usager pour procéder à l’hygiène des mains au besoin.
Vaccination des travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La vaccination contre le SRAS-CoV-2 chez les TdeS doit être considérée comme étant la première mesure préventive pour réduire le fardeau de la COVID-19 dans les milieux de soins. ▶ L’adhésion à la vaccination par les TdeS est une responsabilité collective dans un contexte de pandémie (Popescu, 2021). ▶ Référez aux directives ministérielles et au Protocole d’immunisation du Québec (PIQ).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau. ▶ Référer à Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence.
Port du masque chez l'utilisateur	<p>Le port du masque médical* est recommandé pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard au secteur où ils se trouvent. ▶ Usagers de l'urgence (couché sur civière ou non); le port du masque est recommandé en tout temps par l'utilisateur si la configuration des lieux ne permet pas le respect de la distanciation physique de 2 mètres (ex. : absence de rideaux séparateurs ou de paroi de plexiglas entre les usagers). <p>Pour les usagers en ambulatoire (ex. : cliniques externes, médecine de jour), le port du masque est recommandé en tout temps.</p> <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne tolérant pas le port du masque. ▶ Usager qui dort. ▶ Interférence avec les soins. <p>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'utilisateur infecté) diminue l'expulsion de particules respiratoires. Ajoutée au port du masque chez les TdeS, cette mesure est plus efficace que lorsque le masque n'est porté que par le TdeS (diminue le risque d'acquisition). Des données démontrent une diminution significative de la transmission nosocomiale avec le port universel du masque chez les usagers et les TdeS (Mermel <i>et al.</i>, 2020; Nguyen <i>et al.</i>, 2020; Seidelman <i>et al.</i>, 2020; Zhang <i>et al.</i>, 2020; Thompson <i>et al.</i>, 2021).</p> <p>Le masque médical utilisé par l'utilisateur devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins. ▶ Être changé minimalement toutes les 24 heures. S'il est porté de façon soutenue, il doit être changé plus souvent. Le changer s'il est mouillé, souillé ou endommagé. <p>Pour le port du masque chez la clientèle pédiatrique, référer à Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé.</p>

* Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical. Référer à : [SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins](#).

Mesures à appliquer à titre préventif en tout temps (suite)	
Port du masque chez le travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un masque médical ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui est un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Un masque médical ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou confirmé de COVID-19. ▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un autre TdeS. ▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être changé à la sortie de la chambre d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause. Pour les indications lors de soins aux cas de COVID-19, référer à la section <i>Cohortes de cas sur une même unité de soins</i>. ▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé. ▶ Être changé lors des pauses et des repas. ▶ Être porté pour une durée maximale de 4 heures outre les situations énumérées ci-haut.
Dépistage de l'usager avant le bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002939/. ▶ Référer à COVID-19 Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19.
Surveillance chez les usagers	<p>Afin d'identifier rapidement un cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Implanter une surveillance quotidienne des symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, peu importe le statut immunitaire, requiert une évaluation clinique par une autorité compétente et devrait être validée en complémentarité avec une prise de signes vitaux. ▶ Procéder à un prélèvement pour la recherche du SRAS-CoV-2 chez les usagers selon les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).
Surveillance chez les travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS asymptomatiques ou présymptomatiques sont des vecteurs potentiellement importants de transmission aux usagers en l'absence de l'application adéquate des mesures de PCI. ▶ Il est recommandé de trier quotidiennement les TdeS de façon proactive lors de leur arrivée dans le milieu de soins (ex. : signature quotidienne d'un registre attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance des symptômes 2 fois/jour). ▶ Retirer immédiatement du milieu de travail tout TdeS qui se présente avec des symptômes compatibles avec la COVID-19, sauf ceux chez qui les symptômes peuvent être attribuables à la réception du vaccin contre la COVID-19 pour lesquels une évaluation spécifique doit être faite. Référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins et SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination COVID-19 en milieu de soins.
Distanciation physique de l'usager	Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : paroi de plexiglas, rideau séparateur) malgré le port du masque par l'usager.
Distanciation physique des travailleurs de la santé	Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres avec les autres TdeS et lorsque possible avec les usagers, en tout temps dans le milieu de soins. Référer à Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieu de soins .

Prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 à l'urgence

Mesures à appliquer en tout temps lors de la prise en charge d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19	
Prise en charge rapide des usagers pouvant être infectés par le SRAS-CoV-2	<p>Suite à l'évaluation faite au triage, si un cas est suspecté :</p> <p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Port du masque médical pour l'usager. Si l'usager porte un masque médical ou un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque médical neuf.▶ Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'usager suspecté de COVID-19. Si impossible, prévoir une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas). <p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Référer au médecin de l'urgence selon les priorités cliniques de prise en charge.▶ Appliquer les précautions additionnelles appropriées en fonction des critères suivants, par toute personne qui entre dans la pièce : <ul style="list-style-type: none">▶ Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire D'emblée pour tous les cas à l'urgence (couché sur civière ou non).▶ Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire Lors de la réalisation de certaines interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Pour la liste des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19. <p>Étape 3 (cas suspecté de COVID-19 qui nécessite une hospitalisation)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Limiter les investigations et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'usager et celles nécessaires pour la confirmation de la COVID-19. Toute IMGA devrait être faite seulement si nécessaire. <p>Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire. S'assurer de donner les recommandations d'isolement à domicile pour cet usager.</p>

Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'usager et les interventions effectuées.</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé. ▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie). ▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat positif pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <p>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager suspecté ou confirmé de COVID-19 hospitalisé lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>). ▶ 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) (ASPC, 2014). ▶ 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>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <p>Lors de la réalisation d'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, référer à : Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 pour connaître les précautions additionnelles à mettre en place.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 10 derniers jours (référer à la section <i>Définitions</i>). ▶ Usager asymptomatique, partiellement protégé ou non protégé, de retour de voyage* à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours. Si requis, effectuer des dépistages selon les modalités locales. ▶ Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire.

* La notion de voyage inclut tout déplacement de plus de 48 heures à l'extérieur du Québec.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Équipements de protection individuelle	<p>Pour les recommandations en lien avec le port du masque, référer à la section <i>Port du masque chez les travailleurs de la santé</i>.</p> <p><u>Équipements de protection individuelle requis sans IMGA 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.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour s'assurer que le masque médical n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas le port adéquat du masque médical. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne peuvent pas être considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. <p><u>Équipements de protection individuelle requis 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 devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour assurer que l'APR n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas l'ajustement et l'étanchéité de l'APR. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne sont pas considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps.▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement).
---	--

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Retrait de l'équipement de protection individuelle	<p>Si une cohorte de cas est présente, référer à la section <i>Cohortes de cas sur une même unité de soins</i> pour les indications et les options de retrait de l'ÉPI.</p> <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).</p> <p>Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (antichambre ou corridor) à la chambre de l'utilisateur au moment du retrait de l'ÉPI.</p> <p>L'ordre de retrait de l'ÉPI ci-dessous est tiré des méthodes de soins informatisées https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi, mais il peut être adapté selon les modalités locales.</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, mais elle peut être adaptée 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 et procéder à l'hygiène des mains.▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.▶ Pour terminer, retirer l'APR puis effectuer à nouveau l'hygiène des mains. L'APR ne doit pas être retiré à l'intérieur d'une pièce où 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).
---	---

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Interventions médicales générant des aérosols	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. ▶ Les IMGA à risque non documenté nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de précautions aériennes. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre au moment de l'ouverture de la porte et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port de l'APR pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA à risque reconnu ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce en tout temps avant la fin du temps d'attente, tout en limitant le temps d'ouverture de la porte au minimum pour ne pas perdre le différentiel de pression.</p>
Hébergement	<p>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 confirmés de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers) (référer à la section <i>Cohorte de cas sur une même unité de soins</i>). <p>Si l'usager suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat ou si l'usager confirmé de COVID-19 est en chambre multiple avec des usagers non confirmés de COVID-19 et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser le port du masque par l'usager suspecté ou confirmé de COVID-19 et pour les autres usagers partageant la chambre. ▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : paroi de plexiglas, rideau séparateur). ▶ 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>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). ▶ Il est préférable de transférer dès que possible l'usager suspecté ou confirmé de COVID-19 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 suspectés ou confirmés de COVID-19 qui nécessitent des IMGA en continu.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

Durée des mesures	<p>Informations générales</p> <p>Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) s'avère un excellent test pour diagnostiquer la maladie chez un usager symptomatique, mais il n'est pas un indicateur fiable pour déterminer la contagiosité des cas.</p> <p>En effet, un des meilleurs indicateurs de la période de contagiosité est le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes. Le pic de contagiosité survient environ 2 jours avant et au moment de l'apparition des symptômes. La contagiosité diminue rapidement par la suite sur une période de 7 à 8 jours chez la majorité des usagers avec une maladie légère ou modérée. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours chez les usagers en bonne santé avec maladie légère ou modérée (Wolfel <i>et al.</i>, 2020; Li <i>et al.</i>, 2020; Xiao <i>et al.</i>, 2020; CDC, 2020c). Dans ce contexte et pour ce type d'usager, le TAAN n'est pas retenu comme un indicateur pour déterminer la contagiosité des cas afin de cesser les précautions additionnelles.</p> <p>Il est important de noter qu'il existe peu de données claires et précises présentant des résultats d'analyse avec cultures virales chez les personnes âgées (Santé publique Ontario, 2021). L'amélioration du tableau clinique ainsi que le délai écoulé depuis l'apparition des symptômes demeurent donc, pour le moment, les meilleurs indicateurs pour cesser les précautions additionnelles chez cette clientèle. Il est à noter qu'il est difficile de définir l'âge précis pour lequel une personne est considérée âgée, car il y a une absence ou une hétérogénéité au niveau des définitions de cette clientèle dans les différentes études.</p> <p>Contrairement aux autres catégories d'usagers, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires de laboratoire pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Santé publique Ontario, 2021; Aguinaga <i>et al.</i>, 2020; Benotmane <i>et al.</i>, (2020); DiCiaccio <i>et al.</i>, 2020; Wu <i>et al.</i>, 2020). Devant l'incapacité d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène, il est donc recommandé de retourner à une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle pour les usagers immunosupprimés sévères.</p> <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté de COVID-19, attendre la confirmation d'un résultat négatif du test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises puisqu'il peut s'agir d'une co-infection.</p> <p>L'ensemble des facteurs suivants doit être pris en considération avant de cesser les 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>
--------------------------	--

* 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.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Durée des mesures	<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> <p>3. Usagers avec immunosuppression</p> <p>(Référer à la définition de l'INESSS : COVID-19 et personnes immunosupprimées)</p> <p>Une évaluation cas par cas doit être effectuée par l'équipe traitante dans le but de déterminer le degré d'immunosuppression selon le statut clinique de l'usager.</p> <p>3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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) <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>3.2 Usagers avec immunosuppression sévère</p> <p>(Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <p>L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée et instaurer au besoin une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations à intervalle de 24 heures) afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement. L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique). Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 de l'usager est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (ex. : Décadron et Tocilizumab) (Cogliati <i>et al.</i>, 2021) est aussi à évaluer par l'équipe traitante.</p>
Prélèvements et laboratoire	Référer aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19); détection (TAAN) sur spécimen clinique .
Manipulation des prélèvements	Référer aux procédures de l'établissement.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter les investigations dans la mesure du possible et prioriser les interventions requises pour assurer des soins sécuritaires à l'utilisateur. ▶ Limiter les déplacements de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. ▶ Privilégier la réalisation des examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques dans la chambre lorsque cela est possible (ex. : rayons X au lit, etc.). ▶ Les consultants doivent venir rencontrer l'utilisateur à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé. <p>Si un déplacement est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le port du masque médical est fortement recommandé pour l'utilisateur lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur, personne proche aidante), sauf pour les exceptions mentionnées dans la section <i>Port du masque chez l'utilisateur</i>. ▶ Mettre un drap propre sur le fauteuil roulant ou la civière. Vêtir l'utilisateur de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. Lui demander d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▶ Aviser le service receveur que l'utilisateur requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. ▶ Si le brancardier aide à l'installation de l'utilisateur avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis selon les indications inscrites sur l'affichette installée à la porte de l'utilisateur, l'enlever à la sortie de la chambre (tel que recommandé dans la section Retrait de l'ÉPI) puis procéder à l'HDM. ▶ Durant le transport, le brancardier doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours. ▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'ÉPI requis pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur. ▶ Suite au départ de l'utilisateur de la salle de consultation ou d'examen, si IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. ▶ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail entrés en contact direct ou indirect avec l'utilisateur et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'utilisateur. ▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements. Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspectés ou confirmés de COVID-19 prévus par l'installation (ex. : ascenseur réservé). ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le déplacement de l'utilisateur si applicable et selon les modalités locales (ex. : fauteuil roulant, civière, aide à la marche, etc.).
Transfert interétablissements de l'utilisateur	<p>Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.</p>

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)

<p>Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/centres-hospitaliers ▶ 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 des critères d'exposition. <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'utilisateur (ex. : parents d'un enfant dans le secteur pédiatrique, conjoint d'une femme enceinte hébergée dans un secteur mère-enfant). ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite devra alors être reportée. ▶ 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'utilisateur. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation, 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. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit respecter les directives ministérielles pour le port du masque dans le milieu. Des adaptations locales pourraient être apportées pour des secteurs très restreints (milieux de vie, pédiatrie, secteur mère-enfant). ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes entrant dans la chambre d'un cas confirmé de COVID-19. <p>La personne proche aidante est :</p> <p>Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychologique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services (MSSS, 2020).</p> <p>Les visiteurs désignent :</p> <p>Les personnes qui font partie de l'entourage de l'utilisateur. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail ou de parenté plus distante, etc. Contrairement à la personne proche aidante, les contacts de ces personnes avec l'utilisateur, bien qu'importants, sont ponctuels et ne sont pas essentiels à son intégrité physique ou psychologique (MSSS, 2020).</p>
<p>Bénévoles</p>	<p>Référer aux directives ministérielles.</p>
<p>Stagiaires/étudiants et résidents/externes</p>	<p>Référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.</p>
<p>Hygiène corporelle des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers suspectés ou confirmés de COVID-19. ▶ Adapter le type de soins d'hygiène corporelle de l'utilisateur selon l'évaluation de son statut infectieux et de sa condition médicale. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si l'utilisateur 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'utilisateur.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Équipements de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'usager : <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'usager. 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'usager. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <p>Désinfection quotidienne</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact ▶ 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>Désinfection terminale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact ▶ Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact ▶ 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. ▶ 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.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du travailleur de la santé	<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. ▶ Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement. ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou confirmé (suite)	
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ 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. ▶ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : réanimation cardio-respiratoire), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>
Ventilation et climatisation	<p>Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation devraient être correctement installés et régulièrement inspectés et entretenus par la direction des services techniques de l'installation. Référez à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques ▶ Document d'appui destiné au Comité consultatif sur la transmission de la COVID-19 en milieux scolaires et en milieux de soins et sur le rôle de la ventilation <p>Concernant les appareils mobiles, référez à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19
Formation	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains ▶ Les avantages de la vaccination ▶ L'identification d'un cas suspecté de COVID-19 ▶ Les précautions additionnelles requises ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI ▶ Tout autre sujet relié à la COVID-19 et jugé pertinent (ex. : arrêtés ministériels, etc.)
Audits	<p>Effectuer des audits de processus. Les audits primordiaux à effectuer sont 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 informations pertinentes à l'application des mesures de PCI sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>
Suivi à la DSPublique	<p>Signaler le cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) de COVID-19 à la Direction régionale de santé publique (DSPublique) selon les modalités prévues localement ou régionalement.</p>

Gestion des personnes exposées	
Exposition des travailleurs de la santé	Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins
Exposition des usagers	Pour plus de détails sur la prise en charge d'un usager répondant à la définition de contact étroit, référer à la section 4 : <i>Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou TdS)</i> du document SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins

Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli » (ayant eu un diagnostic de COVID-19 depuis moins de 6 mois)		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) avec maladie légère ou modérée</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou 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> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager immunosupprimé excluant les immunosupprimés sévères</p> <p>Confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique)</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
	<p>Usager immunosupprimé sévère (ex. : greffé d'organes solides, greffé de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <p>Confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique)</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai + de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	<p>Évaluation par l'équipe traitante pour déterminer le besoin ou non de précautions additionnelles.</p> <p>Si risque d'excrétion virale prolongée, instaurer une stratégie de tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations à intervalle de 24 heures) pour cesser l'isolement au moment opportun.</p>

* Sans prise d'antipyrétique.

Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspects ou confirmés de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins

<p>Cohortes de cas sur une même unité de soins</p>	<p>Le Cinq recommande la mise en place de cohortes comme mesure de PCI pour la gestion des cas.</p> <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 est utilisé est également dédié à cette cohorte.</p> <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 confirmés de COVID-19 (héberge des usagers confirmés par laboratoire pour le SRAS-CoV-2) ▶ Cohorte de cas suspects de COVID-19 (héberge des usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2) ▶ Cohorte d'usagers asymptomatiques ayant des critères d'exposition (référer à la définition de critères d'exposition dans la section <i>Définitions</i>) ▶ Cohorte d'usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition (référer à la définition de critères d'exposition dans la section <i>Définitions</i>) <p>Lorsque des cohortes sont mises en place, des mesures de PCI doivent être respectées :</p> <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. ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés, ceux-ci devraient visiter en premier les usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition, suivi des usagers suspects de COVID-19 ou avec critères d'exposition puis des usagers confirmés de COVID-19. ▶ Privilégier l'utilisation des chambres individuelles afin de diminuer la concentration de cas (principe de densité d'usagers). ▶ Si deux cas suspects de COVID-19 ou deux cas asymptomatiques ayant 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. ▶ Dans une cohorte de cas suspects de COVID-19 ou une cohorte d'usagers ayant 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. ▶ 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). ▶ 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>Cohortes de cas sur une même unité de soins (suite)</p>	<p>Changement d'ÉPI dans les cohortes de cas confirmés de COVID-19</p> <p>Les instances internationales ont des pratiques différentes quant aux changements d'ÉPI dans les cohortes de cas confirmés de COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Port prolongé de l'ÉPI complet dans les cohortes (Saskatchewan et Manitoba). ▶ Port prolongé du masque et de la protection oculaire avec changement des gants et de la blouse entre chaque chambre de la cohorte (ECDC, Royaume-Uni et Alberta). ▶ Changement entre chaque cas ou chambres (aucun port prolongé) des ÉPI au complet dans les cohortes (ASPC, OMS, CDC, Colombie-Britannique, Ontario et Australie). <p>Il n'y a pas de recommandations ou de données scientifiques démontrant qu'un choix de pratique est meilleur que l'autre. En l'absence de consensus dans la littérature et chez les experts, une évaluation du risque doit être faite localement en tenant compte du type de milieu, du type de clientèle, ainsi que de la nature et de la durée des contacts entre les TdeS et les usagers. Il faut aussi prendre en considération divers éléments tels que la formation donnée aux TdeS sur le port et le retrait de l'ÉPI, la configuration des lieux, les trajectoires de circulation, l'accès au matériel, les résultats des audits en lien avec les ÉPI (port et retrait) et la capacité du milieu à surveiller l'application rigoureuse des mesures en place (ex. : surveillance de la cohorte par agent de sécurité ou personnel médical).</p> <p>Certaines études ont démontré que le SRAS-CoV-2 peut survivre un certain temps sur les ÉPI mais la transmission au TdeS du SRAS-CoV-2 par l'entremise des ÉPI contaminés n'a pas été documentée (Kasloff <i>et al.</i>, 2020).</p> <p>Lors de la mise en place d'une cohorte de cas confirmés de COVID-19, le corridor associé à cette cohorte devrait préférablement être considéré comme un endroit non contaminé.</p> <p>Si le corridor associé à la cohorte de cas confirmés 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.</p> <p>Si le corridor associé à la cohorte de cas confirmés 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.</p> <p>NOTIONS DE ZONES</p> <p>Dans le contexte de la COVID-19, le MSSS a émis des directives sur les modalités de mise en place et d'application du concept des zones (froide, tiède, chaude).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les définitions de zones relèvent du MSSS. <p>De façon générale, la création d'une zone chaude ou tiède se fait par le biais d'un regroupement (cohorte) d'usagers confirmés ou suspectés de COVID-19 dans un endroit dédié dans le milieu de soins.</p>
<p>Hygiène et salubrité</p>	<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"> ▶ Référez à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité ▶ Référez à Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact
<p>Équipement de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>Si des équipements de soins et du matériel sont partagés entre différentes cohortes, un nettoyage et une désinfection doit être réalisé après chaque utilisation.</p>

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2021, 17 février). *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. (2021a, 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>

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>

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

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. (2020, 28 avril). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf

Centers for disease control and prevention. (2021a, 10 septembre). *Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for disease control and prevention. (2021b, 12 février). *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>

Center for disease control and prevention. (2021c, 14 septembre). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.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)

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>

- 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>
- 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)
- 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. (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>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2020a, 24 septembre). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf
- 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>
- 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)
- 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. Prépublication. <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)
- 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)

- 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. (2021a, 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. (2020a, 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-Glebe 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., Giacini, 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>
- 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>
- 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. [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, 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. [10.1128/CMR.00184-20](https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20)

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 12.1	2021-12-02	► Ajustement de la définition des critères d'exposition en fonction de l'apparition de nouveaux variants.
V12.0	2021-11-18	► Ajouts et bonification de libellées dans l'ensemble du document : ajout de précisions pour le secteur pédiatrique, ajouts et modifications de définitions, bonification de la définition d'éclosion, bonification de la section « Surveillance chez les usagers », mise à jour de l'information pour les usagers hospitalisés/hébergés ayant voyagé à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours, précision sur le port adéquat de la protection oculaire, changements et précisions de la section « Cohorte de cas sur une même unité de soins »
V11.2	2021-06-22	► Changement de 3 à 6 mois pour l'utilisateur considéré « rétabli ».
V11.1	2021-06-01	► Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.
V11.0	2021-05-13	► Ajouts et modifications de définitions, ajout de sections : vaccination TdeS, distanciation usagers et hygiène des usagers, bonification de sections : ÉPI, ventilation/climatisation, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères, refonte de la section Cohorte de cas sur une même unité de soins
V 10.0	2020-12-18	► Ajouts et modification des définitions, ajout de sections : hygiène des mains, port du masque chez l'utilisateur, port du masque chez le TdeS, bonification des recommandations d'hébergement et de la section vêtements des TdeS, précisions temps d'attente des changements d'air post IMGA, précisions section « Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes »

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

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec

Charles Frenette
Centre universitaire de santé McGill

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

Noémie Savard
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

REPRÉSENTANTE DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Dominique Grenier
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
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

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

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé du 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 (2021)

N° de publication : 2906

**Institut national
de santé publique**

Québec 

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

6 avril 2022 – version 13.0. Modifications apportées en jaune

Sommaire

Préambule	2
Préparation à la réception d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19	3
Mesures à appliquer en tout temps à titre préventif	4
Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou un cas de COVID-19 hébergé	7
Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19	19
Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou cas de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins	20

La mise à jour de ce document est basée sur la littérature disponible concernant le variant Omicron 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 la prévalence du variant Omicron (B.1.1.529) au Québec était de 100 % en date du 16 janvier 2022 (INSPQ, 2022a).
- ▶ Présentement, les données disponibles et limitées sur l'efficacité vaccinale contre le variant Omicron ne permettent plus de considérer une personne ayant reçu deux doses de vaccin à ARNm comme étant adéquatement protégée contre l'infection par ce variant.
- ▶ Dans le contexte des connaissances actuelles, le Cinq recommande actuellement de considérer les personnes ayant reçu deux ou trois doses de vaccins ou ayant déjà fait la maladie depuis plus de 3 mois comme partiellement protégées face au variant Omicron et celles ayant fait la maladie depuis 3 mois et moins sont considérées protégées.
- ▶ Le travailleur de la santé (TdeS) **doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)**, ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), hygiène des mains (HDM). **L'usager doit porter le masque médical** lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne même lorsqu'admis, hébergés ou inscrits.

Principales modifications

- ▶ Retrait de la section *Définitions*. Les définitions se trouvent maintenant regroupées dans le document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)
- ▶ Ajustement de la durée d'isolement pour les usagers avec immunosuppression.
- ▶ Modification du contenu de la section « Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation » qui se nomme maintenant « *Déplacements et circulation de l'utilisateur durant l'isolement* ».
- ▶ Retrait de la notion de contact étroit pour un usager non apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance). Voir nouvelle définition de contact étroit usager dans le document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)

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

Ce document présente les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) recommandées en lien avec la présence du SRAS-CoV-2 en milieu de soins de courte durée. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et ce, tout en assurant la sécurité de la population.

La prévention de l'introduction du virus SRAS-CoV-2, l'identification rapide d'un usager ou d'un TdeS pouvant être infecté et l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections appropriées sont essentielles pour diminuer la transmission possible du microorganisme dans l'installation.

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux directives ministérielles ainsi qu'aux autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/>

Préparation à la réception d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19

Informations sur le virus SRAS-CoV-2	
Surveillance	Pour suivre l'évolution de la situation au niveau provincial et national : <ul style="list-style-type: none">▶ INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees▶ ASPC : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html
Mode de transmission	Référez à Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie .
Tableau clinique	Des informations sont disponibles : <ul style="list-style-type: none">▶ https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/▶ https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques.html▶ https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19

Définitions

Pour consulter les définitions utilisées en PCI pour la gestion de la COVID-19 dans les différents milieux de soins au Québec, référez au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)

Mesures à appliquer en tout temps à titre préventif

Mesures à appliquer en tout temps à titre préventif	
Affichage	<p>Renforcer l'affichage à toutes les entrées de l'installation, dans les aires d'attente du triage et du prétriage (si en place dans l'installation), dans les salles d'attente, dans la zone adjacente à une borne électronique d'inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d'accueil ou d'inscription à l'urgence afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM). ▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical. ▶ Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 pour les TdeS et les usagers. ▶ Promouvoir le respect de la distanciation physique. ▶ Identifier la salle d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Afficher s'il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes ainsi que les consignes à suivre. ▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin.
Pratiques de base	<p>Renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers, les TdeS, les visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes.</p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'HDM avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou avec de l'eau et du savon par tous les usagers, les TdeS, les visiteurs, les accompagnateurs et les personnes proches aidantes. Référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains. ▶ L'hygiène et l'étiquette respiratoires. Référer à Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires. ▶ L'hygiène et la salubrité de l'environnement selon les procédures de l'installation avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. ▶ La prise en charge des visiteurs, des accompagnateurs, des personnes proches aidantes et de la bulle familiale dans les secteurs pédiatriques et mère-enfant. <p>S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps. Référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Section <i>Équipement de protection individuelle</i> ▶ Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle.
Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Installer des stations d'hygiène des mains accessibles et sécuritaires. ▶ Le TdeS doit assister l'utilisateur pour procéder à l'hygiène des mains au besoin.
Vaccination des travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La vaccination contre le SRAS-CoV-2 chez les TdeS doit être considérée comme étant la première mesure préventive pour réduire le fardeau de la COVID-19 dans les milieux de soins. ▶ L'adhésion à la vaccination par les TdeS est une responsabilité collective dans un contexte de pandémie (Popescu, 2021). ▶ Référer aux directives ministérielles et au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

Mesures à appliquer en tout temps à titre préventif (suite)

Accueil, triage et prétriage (si déjà en place)	<ul style="list-style-type: none">▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SRAS-CoV-2 lors du triage.<ul style="list-style-type: none">▶ Pour les installations qui ont instauré une procédure de prétriage, l'identification des personnes pourrait se faire à ce niveau.▶ Prévoir une salle d'attente dédiée ou une pièce réservée pour l'usager suspecté de COVID-19. Si impossible, prévoir une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas).▶ Port du masque médical pour l'usager. Si l'usager porte un masque médical ou un couvre-visage personnel, le remplacer par un masque médical neuf.▶ Référer à Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence.
Port du masque chez l'usager	<p>Le port du masque médical est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usagers hospitalisés/hébergés sans égard au secteur où ils se trouvent.▶ Usagers de l'urgence (couché sur civière ou non); le port du masque est recommandé en tout temps par l'usager si la configuration des lieux ne permet pas le respect de la distanciation physique de 2 mètres (ex. : absence de rideaux séparateurs ou de paroi de plexiglas entre les usagers). <p>Pour les usagers en ambulatoire (ex. : cliniques externes, médecine de jour), le port du masque est recommandé en tout temps.</p> <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager ne tolérant pas le port du masque.▶ Usager qui dort.▶ Interférence avec les soins. <p>Le masque médical utilisé par l'usager devrait :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référer aux documents SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins.▶ Être changé minimalement toutes les 24 heures. S'il est porté de façon soutenue, il doit être changé plus souvent. Le changer s'il est mouillé, souillé ou endommagé. <p>Pour le port du masque chez la clientèle pédiatrique, référer à Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé.</p> <p>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler la source (port du masque par l'usager infecté) diminue l'expulsion de particules respiratoires. Ajoutée au port du masque chez les TdeS, cette mesure est plus efficace que lorsque le masque n'est porté que par le TdeS (diminue le risque d'acquisition). Des données démontrent une diminution significative de la transmission nosocomiale avec le port universel du masque chez les usagers et les TdeS (Mermel <i>et al.</i>, 2020 ; Nguyen <i>et al.</i>, 2020 ; Seidelman <i>et al.</i>, 2020; Zhang <i>et al.</i>, 2020 ; Thompson <i>et al.</i>, 2021).</p>

Mesures à appliquer en tout temps à titre préventif (suite)	
Port du masque chez le travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un masque médical ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui est un cas suspecté ou qui est un cas de COVID-19. ▶ Un masque médical ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un usager qui n'est pas un cas suspecté ou un cas de COVID-19. ▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un autre TdeS. ▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être changé à la sortie de la chambre d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause. Pour les indications lors de soins aux cas de COVID-19, référer à la section Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte. ▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé. ▶ Être changé lors des pauses et des repas. ▶ Être porté pour une durée maximale de 4 heures outre les situations énumérées ci-haut.
Dépistage de l'usager avant le bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002939/. ▶ Référer à COVID-19 Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19.
Surveillance chez les usagers	<p>Afin d'identifier rapidement un cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Implanter une surveillance quotidienne des symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, peu importe le statut immunitaire, requiert une évaluation clinique par une autorité compétente et devrait être validée en complémentarité avec une prise de signes vitaux. ▶ Procéder à un prélèvement pour la recherche du SRAS-CoV-2 chez les usagers selon les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).
Surveillance chez les travailleurs de la santé	<p>Pour la gestion des TdeS, référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination COVID-19 en milieux de soins.</p>
Distanciation physique de l'usager	<p>Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : paroi de plexiglas, rideau séparateur) malgré le port du masque par l'usager.</p>
Distanciation physique des travailleurs de la santé	<p>Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres avec les autres TdeS et lorsque possible avec les usagers, en tout temps dans le milieu de soins. Référer à Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins.</p>

Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou un cas de COVID-19 hébergé

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19	
Précautions additionnelles	<p>Le Cinq recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique de l'usager et les interventions effectuées.</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.▶ Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 pour qui le niveau de soins ne nécessite pas la réalisation d'IMGA (ex. : soins de fin de vie).▶ Usager hospitalisé en raison d'un diagnostic autre que la COVID-19 (ex. : fracture de hanche, accouchement), mais ayant reçu un résultat positif pour la COVID-19 et qui ne nécessite pas d'IMGA. <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 hospitalisé lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>).▶ 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) (ASPC, 2014).▶ 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>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 10 derniers jours (référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins)▶ Usager hospitalisé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire.

Mesures à appliquer en présence d'un cas **suspecté ou d'un cas de COVID-19** (suite)

Équipements de protection individuelle	<p>Pour les recommandations en lien avec le port du masque, référer à la section <i>Port du masque chez les travailleurs de la santé</i>.</p> <p><u>Équipements de protection individuelle requis sans IMGA 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.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour s'assurer que le masque médical n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas le port adéquat du masque médical. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne peuvent pas être considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. <p><u>Équipements de protection individuelle requis 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 devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate.▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour assurer que l'APR n'interfère pas avec le positionnement adéquat de la protection oculaire et que la protection oculaire n'affecte pas l'ajustement et l'étanchéité de l'APR. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. Les dispositifs latéraux qui s'installent sur les côtés des lunettes de prescription ne sont pas considérés comme une protection oculaire en milieu de soins (désinfection difficile, car risque de bris des montures et des verres des lunettes de vision, présence de trous dans les dispositifs qui laissent une ouverture vers la muqueuse des yeux).▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps.▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement).
---	--

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

Retrait de l'équipement de protection individuelle

Si une cohorte de cas est présente, référer à la section *Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte* pour les indications et les options de retrait de l'ÉPI.

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).

Il est important d'éviter de se contaminer et de contaminer les zones adjacentes (corridor) à la chambre de l'usager au moment du retrait de l'ÉPI.

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.

Une procédure pour le retrait de l'ÉPI est aussi disponible sur le site internet de l'ASSTSAS : <http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf>, mais il peut être adapté selon les modalités locales.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la protection oculaire puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Pour terminer, retirer le masque puis procéder à l'hygiène des mains.

Ordre de retrait lors de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire

- ▶ Retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains.
- ▶ Retirer la blouse et 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).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)	
Interventions médicales générant des aérosols	<p>Pour une liste détaillée des IMGA, référer à Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux nécessitent des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire. ▶ Les IMGA à risque non documenté nécessitent des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire, mais ne nécessitent pas de précautions aériennes. <p>La chambre à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la chambre au moment de l'ouverture de la porte et ainsi, protéger les usagers et les TdeS qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. La chambre à pression négative n'apporte aucune protection respiratoire supplémentaire au port de l'APR pour les TdeS présents dans la pièce.</p> <p>Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. ▶ Autant que possible, tenter de planifier à l'avance la réalisation des IMGA pour éviter de les réaliser en urgence. ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce aux TdeS expérimentés et nécessaires pour réaliser l'intervention. <p>Suite à une IMGA à risque reconnu ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection respiratoire. Les TdeS peuvent quitter la pièce en tout temps avant la fin du temps d'attente, tout en limitant le temps d'ouverture de la porte au minimum pour ne pas perdre le différentiel de pression.</p>
Hébergement	<p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'utilisateur 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) (référer à la section Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte). <p>Si l'utilisateur suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat ou si l'utilisateur 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"> ▶ Favoriser le port du masque par l'utilisateur suspecté ou l'utilisateur qui est un cas de COVID-19 et pour les autres usagers partageant la chambre. ▶ 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). ▶ 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>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Placer l'utilisateur dans une chambre individuelle à pression négative avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle). ▶ Il est préférable de transférer dès que possible l'utilisateur suspecté ou confirmé de COVID-19 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 suspectés ou les usagers qui sont des cas de COVID-19 qui nécessitent des IMGA en continu.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

<p>Durée des mesures</p>	<p>Informations générales</p> <p>Le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) s'avère un excellent test pour diagnostiquer la maladie chez un usager symptomatique, mais il n'est pas un indicateur fiable pour déterminer la contagiosité des cas.</p> <p>En effet, un des meilleurs indicateurs de la période de contagiosité est le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes. Le pic de contagiosité survient environ 2 jours avant et au moment de l'apparition des symptômes. La contagiosité diminue rapidement par la suite sur une période de 7 à 8 jours chez la majorité des usagers avec une maladie légère ou modérée. Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours chez les usagers en bonne santé avec maladie légère ou modérée (Wolfel <i>et al.</i>, 2020; Li <i>et al.</i>, 2020; Xiao <i>et al.</i>, 2020). Dans ce contexte et pour ce type d'usager, le TAAN n'est pas retenu comme un indicateur pour déterminer la contagiosité des cas afin de cesser les précautions additionnelles.</p> <p>Il est important de noter qu'il existe peu de données claires et précises présentant des résultats d'analyse avec cultures virales chez les personnes âgées (Santé publique Ontario, 2021). L'amélioration du tableau clinique ainsi que le délai écoulé depuis l'apparition des symptômes demeurent donc, pour le moment, les meilleurs indicateurs pour cesser les précautions additionnelles chez cette clientèle. Il est à noter qu'il est difficile de définir l'âge précis pour lequel une personne est considérée âgée, car il y a une absence ou une hétérogénéité au niveau des définitions de cette clientèle dans les différentes études.</p> <p>Contrairement aux autres catégories d'usagers, la disponibilité de données supplémentaires dans la littérature scientifique démontre la possibilité d'une contagiosité prolongée chez les usagers immunosupprimés sévères. Plusieurs études démontrent la présence du virus viable dans les spécimens respiratoires de laboratoire pour des périodes prolongées (allant jusqu'à 143 jours) (Santé publique Ontario, 2021; Aguinaga <i>et al.</i>, 2020; Benotmane <i>et al.</i>, (2020); DiCiaccio <i>et al.</i>, 2020; Wu <i>et al.</i>, 2020). Devant l'incapacité d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène, il est donc recommandé de retourner à une stratégie utilisant des tests de laboratoire de contrôle pour les usagers immunosupprimés sévères. Toutefois, il est impossible d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène.</p> <p>L'utilisation des tests de détection antigénique rapide (TDAR) est de plus en plus répandue dans les différents milieux et plusieurs instances les utilisent pour mettre fin aux isolements de la clientèle immunosupprimée (CDC, ECDC, Australie et Royaume-Uni). De plus, plusieurs études réalisées avec différents variants avant l'arrivée d'Omicron, ont comparé les taux de détection de l'excrétion virale entre les différents tests soit le TAAN-labo, les TDAR et la culture virale afin de suivre la dynamique de l'infectiosité dans les jours suivant le début des symptômes. Des comparaisons avec la culture virale montrent que le TAAN-labo demeure positif longtemps sans nécessairement refléter une infectiosité résiduelle et des études récentes ont démontré que la positivité des TDAR semble mieux corrélérer avec la positivité de la culture virale que celle du TAAN-labo (Currie <i>et al.</i>, 2022 ; Kohmer <i>et al.</i>, 2021; McKay <i>et al.</i>, 2021). C'est pourquoi une stratégie par TDAR est dorénavant privilégiée pour la clientèle immunosupprimée.</p> <p>Si un autre agent étiologique est identifié dans le spécimen respiratoire d'un usager suspecté de COVID-19, attendre la confirmation d'un résultat négatif du test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 avant d'ajuster les mesures de PCI requises puisqu'il peut s'agir d'une co-infection.</p>
---------------------------------	---

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

Durée des mesures	<p>L'ensemble des facteurs suivants doit être pris en considération avant de cesser les 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> <p>3. Usagers avec immunosuppression</p> <p>(Référer à la définition de l'INESSS : COVID-19 et personnes immunosupprimées)</p> <p>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.</p> <p>3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Isolement pour 14 jours avec deux TDAR** négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)
--------------------------	---

* 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.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)	
Durée des mesures	<p>3.2 Usagers avec immunosuppression sévère</p> <p>(Ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie).</p> <p>L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR** à intervalle de 24 heures, afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement. L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique). Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 de l'usager est suggérée. Le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19 (ex. : Décadron et Tocilizumab) Cogliati <i>et al.</i>, 2021 est aussi à évaluer par l'équipe traitante.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) ET ▶ Deux résultats de TDAR** négatifs, sur un écouvillon nasopharyngé ou des expectorations à intervalle de 24 heures. Les résultats doivent être interprétés par une autorité compétente (ex. : médecin traitant ou microbiologiste-infectiologue référent du CISSS/CIUSSS).
Prélèvements et laboratoire	Référez aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19); détection (TAAN) sur spécimen clinique .
Manipulation des prélèvements	Référez aux procédures de l'établissement.

** 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.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

Déplacements et circulation de l'utilisateur durant l'isolement

Durant l'isolement, les mesures de PCI suivantes peuvent contribuer à limiter la transmission de l'infection :

- ▶ Limiter les déplacements non nécessaires de l'utilisateur à l'extérieur de la chambre. Cependant, maintenir toutes les interventions visant à éviter le déconditionnement de l'utilisateur.
- ▶ Privilégier les procédures thérapeutiques et sociales dans la chambre lorsque cela est possible.
- ▶ Privilégier les consultations et interventions à la chambre de l'utilisateur sauf si le matériel médical nécessaire ne peut y être déplacé.

Si un déplacement est requis

- ▶ Le port du masque médical est recommandé pour l'utilisateur, sauf pour les exceptions mentionnées dans la section *Port du masque chez l'utilisateur*.
- ▶ L'utilisateur doit effectuer l'HDM en quittant sa chambre, ainsi qu'au retour à sa chambre. L'assister au besoin.
- ▶ 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 (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 à l'extérieur de son unité :
 - ▶ 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.
 - ▶ 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.)
- ▶ Suite au passage de l'utilisateur, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement.
- ▶ Lors du transfert d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

<p>Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux directives ministérielles sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/centres-hospitaliers ▶ 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 des critères d'exposition (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'utilisateur (ex. : parents d'un enfant dans le secteur pédiatrique, conjoint d'une femme enceinte hébergée dans un secteur mère-enfant). ▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite devra alors être reportée. ▶ 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'utilisateur. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation, 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. ▶ Le visiteur ou la personne proche aidante doit respecter les directives ministérielles pour le port du masque dans le milieu. Des adaptations locales pourraient être apportées pour des secteurs très restreints (milieux de vie, pédiatrie, secteur mère-enfant). ▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins. ▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes entrant dans la chambre d'un usager qui est un cas de COVID-19.
<p>Bénévoles</p>	<p>Référer aux directives ministérielles.</p>
<p>Stagiaires/étudiants et résidents/externes</p>	<p>Référer aux directives ministérielles et aux politiques des établissements d'enseignement.</p>
<p>Hygiène corporelle des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers suspectés ou confirmés de COVID-19 (ex. : douche ou bain à la baignoire). ▶ Adapter au besoin le type de soins d'hygiène corporelle de l'utilisateur selon l'évaluation de sa condition médicale. ▶ Si l'utilisateur 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'utilisateur. ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement entre chaque usager pour la désinfection des équipements utilisés pour les soins corporels (ex. : douche ou bain à la baignoire).
<p>Équipements de soins</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).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)	
Hygiène et salubrité	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <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> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. ▶ 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.
Buanderie-lingerie	Appliquer les procédures régulières de l'établissement.
Vêtements du travailleur de la santé	<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. ▶ Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement. ▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Services alimentaires	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).

Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

<p>Manipulation des dépouilles et autopsie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que la chambre ait été nettoyée et désinfectée. ▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.). ▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification de l'hôpital pour éviter toute erreur sur la personne. ▶ 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. ▶ Si une IMGA a été réalisée avant le décès (ex. : réanimation cardio-respiratoire), respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection respiratoire requis. Suite au temps d'attente, la blouse et les gants doivent être portés jusqu'au moment où la désinfection de la chambre aura été effectuée. ▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la 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>
<p>Ventilation et climatisation</p>	<p>Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation devraient être correctement installés et régulièrement inspectés et entretenus par la direction des services techniques de l'installation. Référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques ▶ Document d'appui destiné au Comité consultatif sur la transmission de la COVID-19 en milieux scolaires et en milieux de soins et sur le rôle de la ventilation <p>Concernant les appareils mobiles, référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19
<p>Formation</p>	<p>Les TdeS affectés au triage et aux soins des usagers devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'hygiène des mains ▶ Les avantages de la vaccination ▶ L'identification d'un cas suspecté de COVID-19 ▶ Les précautions additionnelles requises ▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI ▶ Tout autre sujet relié à la COVID-19 et jugé pertinent (ex. : arrêtés ministériels, etc.)
<p>Audits</p>	<p>Effectuer des audits de processus. Les audits primordiaux à effectuer sont 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>
<p>Communication</p>	<p>S'assurer que toutes les informations pertinentes à l'application des mesures de PCI sont transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>

Gestion des personnes exposées	
Exposition des travailleurs de la santé	Pour plus de détails sur l'évaluation du niveau de risque d'exposition et la prise en charge des TdeS, référer à SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins
Exposition des usagers	Pour plus de détails sur la prise en charge d'un usager répondant à la définition de contact étroit, référer à la section 3 : <i>Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou TdS)</i> du document SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieu de soins

Admission-réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19

Situation de l'usager « rétabli » ¹		Prise en charge
Plus de 10 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) avec maladie légère ou modérée</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre² depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique) avec maladie sévère (c.-à-d. admis ou 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> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre² depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
Plus de 14 ou 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager immunosupprimé excluant les immunosupprimés sévères</p> <p>Confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique)</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 14 jours avec deux TDAR³ négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR post début des symptômes avec absence de fièvre² depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	Aucune précaution additionnelle requise
Plus de 21 jours après le début des symptômes	<p>Usager immunosupprimé sévère (ex. : greffé d'organes solides, greffé de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <p>Confirmé antérieurement de COVID-19 (test de laboratoire, lien épidémiologique)</p> <p>ET</p> <p>qui rencontre le délai de 21 jours avec deux TDAR³ négatifs à intervalle de 24 heures post début des symptômes avec absence de fièvre² depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)</p>	<p>Évaluation par l'équipe traitante pour déterminer le besoin ou non de précautions additionnelles.</p> <p>Si risque d'excrétion virale prolongée, instaurer une stratégie de tests de laboratoire de contrôle (ex. : deux tests TAAN sur écouvillon nasopharyngé ou expectorations à intervalle de 24 heures) pour cesser l'isolement au moment opportun.</p>

¹ Référer à la définition d'usager « rétabli » [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)

² Sans prise d'antipyrétique.

³ 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

Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou cas de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins

Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte	
Options d'hébergement	<p>Le Cinq recommande la mise en place de cohortes comme mesure de PCI pour la gestion des cas.</p> <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 est utilisé sont également dédiés à cette cohorte.</p> <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 laboratoire et par TDAR avec histoire fiable) ▶ 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 des critères d'exposition (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 (référer à SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins) <p>Lorsque des cohortes sont mises en place, des mesures de PCI doivent être respectées.</p> <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. ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés, ceux-ci devraient visiter en premier les usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition, suivi des usagers suspectés de COVID-19 ou avec critères d'exposition puis des usagers qui sont des cas de COVID-19. ▶ 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 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. ▶ Dans une cohorte de cas suspectés de COVID-19 ou une cohorte d'usagers ayant 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. ▶ 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). ▶ 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.

Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte

Options d'hébergement

Changement d'ÉPI dans les cohortes de cas de COVID-19

Les instances internationales ont des pratiques différentes quant aux changements d'ÉPI dans les cohortes de cas de COVID-19 :

- ▶ Port prolongé de l'ÉPI complet dans les cohortes (Saskatchewan et Manitoba).
- ▶ Port prolongé du masque et de la protection oculaire avec changement des gants et de la blouse entre chaque chambre de la cohorte (ECDC, Royaume-Uni et Alberta).
- ▶ Changement entre chaque cas ou chambres (aucun port prolongé) des ÉPI au complet dans les cohortes (ASPC, OMS, CDC, Colombie-Britannique, Ontario et Australie).

Il n'y a pas de recommandations ou de données scientifiques démontrant qu'un choix de pratique est meilleur que l'autre. En l'absence de consensus dans la littérature et chez les experts, une évaluation du risque doit être faite localement en tenant compte du type de milieu, du type de clientèle, ainsi que de la nature et de la durée des contacts entre les TdeS et les usagers. Il faut aussi prendre en considération divers éléments tels que la formation donnée aux TdeS sur le port et le retrait de l'ÉPI, la configuration des lieux, les trajectoires de circulation, l'accès au matériel, les résultats des audits en lien avec les ÉPI (port et retrait) et la capacité du milieu à surveiller l'application rigoureuse des mesures en place (ex. : surveillance de la cohorte par agent de sécurité ou personnel médical).

Certaines études ont démontré que le SRAS-CoV-2 peut survivre un certain temps sur les ÉPI mais la transmission au TdeS du SRAS-CoV-2 par l'entremise des ÉPI contaminés n'a pas été documentée (Kasloff *et al.*, 2020).

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.

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.

NOTIONS DE ZONES

Dans le contexte de la COVID-19, le MSSS a émis des directives sur les modalités de mise en place et d'application du concept des zones (froide, tiède, chaude).

- ▶ Les définitions de zones relèvent du MSSS.
- ▶ De façon générale, la création d'une zone chaude ou tiède se fait par le biais d'un regroupement (cohorte) d'usagers qui sont des cas de COVID-19 ou d'usagers suspectés de COVID-19 dans un endroit dédié dans le milieu de soins.

Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte

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">▶ Référez à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité▶ Référez 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">▶ 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. <p>Si des équipements de soins et du matériel sont partagés entre différentes cohortes, un nettoyage et une désinfection doit être réalisé après chaque utilisation.</p>

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2021, 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. (2021a, 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>
- 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>
- 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. (2020, 28 avril). *Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/CNISPpublications/CNISP%20COVID-19%20and%20VRI%20surveillance%20protocol_28April2020_EN.pdf
- Centers for disease control and prevention. (2022a, 2 février). *Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
- Center for disease control and prevention. (2022b, 14 janvier). *Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
- Centers for disease control and prevention. (2021, 16 février). *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>
- 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)
- 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>

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>

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)

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. (2021a, 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>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2021b, 7 octobre). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf

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>

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>

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>

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)

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. Prépublication. <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, 945–851. <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)

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. (2021a, 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. (2020a, 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., Bledsdales, 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., Giacini, 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>

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>

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. [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, 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. [10.1128/CMR.00184-20](https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20)

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 13.0	2022-04-01	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait de la section Définitions. Les définitions se trouvent maintenant regroupées dans le document SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins ▶ Ajustement de la durée d'isolement pour les usagers avec immunosuppression. ▶ Modification du contenu de la section « Transport de l'usager à l'intérieur de l'installation » qui se nomme maintenant « Déplacements et circulation de l'usager durant l'isolement ». ▶ Retrait de la notion de contact étroit pour un usager non apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance). Voir nouvelle définition de contact étroit usager dans le document SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins
V 12.1	2021-12-02	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajustement de la définition des critères d'exposition en fonction de l'apparition de nouveau variants.
V12.0	2021-11-18	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajouts et bonification de libellées dans l'ensemble du document : ajout de précisions pour le secteur pédiatrique, ajouts et modifications de définitions, bonification de la définition d'éclosion, bonification de la section « Surveillance chez les usagers », mise à jour de l'information pour les usagers hospitalisés/hébergés ayant voyagé à l'extérieur du Québec dans les 10 derniers jours, précision sur le port adéquat de la protection oculaire, changements et précisions de la section « Cohorte de cas sur une même unité de soins »
V11.2	2021-06-22	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Changement de 3 à 6 mois pour l'usager considéré « rétabli ».
V11.1	2021-06-01	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.
V11.0	2021-05-13	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajouts et modifications de définitions, ajout de sections : vaccination TdeS, distanciation usagers et hygiène des usagers, bonification de sections : ÉPI, ventilation/climatisation, changement de la durée des mesures d'isolement pour les usagers immunosupprimés sévères, refonte de la section Cohorte de cas sur une même unité de soins
V 10.0	2020-12-18	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajouts et modification des définitions, ajout de sections : hygiène des mains, port du masque chez l'usager, port du masque chez le TdeS, bonification des recommandations d'hébergement et de la section vêtements des TdeS, précisions temps d'attente des changements d'air post IMGA, précisions section « Cohorte de cas sur une même unité de soins ou sur des unités distinctes »

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 CINO
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Laplante (poste intérimaire)
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

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

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

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 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers
Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, chef d'unité scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

AVEC LA COLLABORATION DE

Josiane Charest, conseillère en soins infirmiers
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 : 2906

**Institut national
de santé publique**

Québec 