

# SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée

## RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

14 juin 2022 – version 10.4. Modifications apportées en jaune

### Sommaire

Principales modifications	2
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
Mesures à appliquer pour plusieurs cas suspectés ou cas de COVID-19 hospitalisés sur une même unité de soins	18
Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou travailleur de la santé)	21
Gestion d'une éclosion	24
Annexe 1 Tableau résumé des mesures de gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 et de gestion d'éclosion (pour les CHSLD)	31

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

- ▶ Selon les données du programme de surveillance des variants du SRAS-CoV-2 au Québec, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évalue que, pour la semaine du 8 mai 2022, tous les variants en circulation sont des sous-lignées du variant Omicron. Pour suivre l'évolution de la proportion de tous les variants en circulation au Québec selon les différentes sous-lignées du variant Omicron, veuillez consulter la page suivante <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>.
- ▶ 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.
- ▶ Certaines recommandations formulées dans ce document sont des lignes directrices qui résument les actions à poser en présence d'un cas unique de COVID-19 (usager ou travailleur de la santé (TdeS)) et de ses contacts pour prévenir une éclosion. Elles peuvent être adaptées en fonction de la situation et du type de milieu concerné.
- ▶ **L'enquête épidémiologique** est primordiale pour déterminer les meilleures façons de faire en fonction des différentes situations rencontrées. Il peut en découler une variabilité dans les mesures à mettre en place. Une évaluation rigoureuse de la situation permet d'adapter les actions entreprises en fonction du contexte épidémiologique local.

## Principales modifications

► Précisions concernant la prise en charge des personnes immunosupprimées dans les tableaux 1, 2, 3, 4 et l'annexe 1.

### 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 dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Certains autres milieux de vie comportent des unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (ex. : RPA, RI, RTF). Il convient alors pour ces unités d'appliquer ces recommandations. Pour les autres secteurs de ces milieux, se référer aux recommandations pour la communauté. Les recommandations de ce document sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des positions émises 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.

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/>

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. Dans ce contexte de pandémie où les usagers des milieux de soins de longue durée constituent une des populations fortement à risque de complications et de mortalité, il est nécessaire de diminuer le risque de transmission de ce virus auprès de ces usagers. Cet objectif ne doit toutefois pas faire perdre de vue la vulnérabilité de ces usagers face aux impacts des mesures mises en place. Ainsi, une évaluation du risque doit être faite par les intervenants de chacun des milieux concernés, afin d'évaluer le risque occasionné par une infection au SRAS-CoV-2 comparativement aux effets négatifs du déconditionnement chez la personne âgée.

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

Ces mesures s'appliquent pour les centres ayant une mission d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Certains autres milieux de vie comportent des unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (ex. : RPA, RI, RTF). Il convient alors pour ces unités d'appliquer ces recommandations. Pour les autres secteurs de ces milieux, se référer aux recommandations pour la communauté.

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

## Définitions

Pour consulter les définitions utilisées en PCI pour la gestion de la COVID-19 dans les différents milieux de soins au Québec, référer 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	
<b>Affichage</b>	<p>Renforcer l’affichage à toutes les entrées de l’installation et au poste d’accueil afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Promouvoir l’hygiène des mains (HDM).</li> <li>▶ Promouvoir les consignes concernant le port du masque médical.</li> <li>▶ Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 pour les TdeS, les usagers et les personnes proches aidantes.</li> <li>▶ Promouvoir le respect de la distanciation physique.</li> <li>▶ Afficher s’il y a lieu, les restrictions en cours pour les visiteurs et les personnes proches aidantes ainsi que les consignes à suivre.</li> <li>▶ Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l’utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin.</li> </ul>
<b>Pratiques de base</b>	<p><b>Renforcer l’application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers, les TdeS, les visiteurs et les personnes proches aidantes.</b></p> <p>Il faut prêter une attention particulière au respect de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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. Se référer à : <a href="#">Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains</a></li> <li>▶ L’hygiène et l’étiquette respiratoires. Se référer à : <a href="#">Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires</a></li> <li>▶ L’hygiène et la 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.</li> <li>▶ La prise en charge des visiteurs, des accompagnateurs et des personnes proches aidantes.</li> </ul> <p>S’assurer de la disponibilité des ÉPI en tout temps. Référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Section Équipement de protection individuelle</i></li> <li>▶ <a href="#">Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle</a></li> </ul>
<b>Hygiène des mains</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Installer des stations d’hygiène des mains accessibles et sécuritaires.</li> <li>▶ Le TdeS doit assister l’usager pour procéder à l’hygiène des mains au besoin.</li> </ul>
<b>Vaccination des travailleurs de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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.</li> <li>▶ L’adhésion à la vaccination par les TdeS est une responsabilité collective dans un contexte de pandémie (Popescu, 2021).</li> <li>▶ Référer aux directives ministérielles et au <a href="#">Protocole d’immunisation du Québec (PIQ)</a></li> </ul>

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

<b>Port du masque chez l'usager</b>	<p>Le port du masque médical est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne. Pour les modalités d'application, référer à la directive ministérielle <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-022">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-022</a></p> <p><b>Usagers hébergés sans égard au secteur où ils se trouvent</b></p> <p>Pour les usagers en ambulatoire (ex. : cliniques externes, centre/hôpital de jour), le port du masque est recommandé en tout temps.</p> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Usager ne tolérant pas le port du masque</li><li>▶ Usager qui dort</li><li>▶ Interférence avec les soins</li></ul> <p>Le masque médical utilisé par l'usager devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Être un masque médical ASTM niveau 1. Référer aux documents <a href="#">SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins</a>.</li><li>▶ 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.</li></ul> <p>Plusieurs études démontrent que le fait de contrôler à 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, 2020 ; Thompson <i>et al.</i>, 2021).</p>
<b>Port du masque chez le travailleur de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ 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.</li><li>▶ Un masque médical ASTM niveau 1 ou supérieur est recommandé pour :</li><li>▶ 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.<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Les TdeS qui se trouvent à moins de deux mètres d'un autre TdeS.</li></ul></li><li>▶ Le masque médical utilisé par un TdeS dans un contexte de soins doit :</li><li>▶ 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>Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte</i>.<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Être changé si souillé, mouillé ou endommagé.</li><li>▶ Être changé lors des pauses et des repas.</li><li>▶ Être porté pour une durée maximale de 4 heures outre les situations énumérées ci-haut.</li></ul></li></ul>

<b>Mesures à appliquer à titre préventif et en tout temps (suite)</b>	
<b>Hébergement temporaire, nouvelles admissions, retour d'hospitalisation</b>	Se référer aux directives du MSSS.
<b>Surveillance chez l'utilisateur</b>	<p>Afin d'identifier rapidement un cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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.</li> <li>▶ 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).</li> </ul>
<b>Surveillance chez les travailleurs de la santé</b>	Pour la gestion des TdeS, référer à <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins</a> et <a href="#">SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé avant des symptômes post vaccination COVID-19 en milieux de soins</a> .
<b>Distanciation physique usager</b>	Se référer aux directives du MSSS.
<b>Distanciation physique travailleurs de la santé</b>	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 <a href="#">Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins</a>

# Mesures à appliquer pour un cas suspecté ou un cas de COVID-19 hébergé

<b>Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19</b>	
<b>Précautions additionnelles</b>	<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><b>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19.</li><li>▶ 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).</li></ul> <p><b>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 lorsqu'une IMGA à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée (référer à la section <i>Interventions médicales générant des aérosols</i>).</li><li>▶ 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).</li><li>▶ Pour un usager ayant eu une IMGA et dont le temps d'attente du changement d'air post IMGA est terminé: appliquer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire.</li></ul> <p><b>Précautions additionnelles gouttelettes-contact</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Usager asymptomatique avec critères d'exposition dans les 10 derniers jours (référer à <a href="#">SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins</a>)</li><li>▶ Usager hébergé ayant reçu un résultat négatif pour la COVID-19, mais présentant des symptômes respiratoires qui pourraient être le résultat d'un autre virus respiratoire.</li></ul>

## Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

<b>Équipements de protection individuelle</b>	<p>Pour les recommandations en lien avec le port du masque, référer à la section <i>Port du masque chez les TdeS</i>.</p> <p><b><u>Équipements de protection individuelle requis sans IMGA et avec IMGA à risque non documenté de transmission d'aérosols infectieux</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ 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.</li><li>▶ Masque médical à usage unique.</li><li>▶ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Choisir la protection oculaire appropriée pour 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).</li><li>▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.</li></ul> <p><b><u>Équipements de protection individuelle requis avec IMGA à risque reconnu et à risque possible de transmission d'aérosols infectieux :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Blouse de protection imperméable à manches longues jetable ou lavable selon les modalités locales.</li><li>▶ Appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou l'équivalent :<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Les TdeS devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour l'APR ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate.</li></ul></li><li>▶ 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).</li><li>▶ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse.</li></ul> <p>Les mesures suivantes doivent être appliquées en tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.</li><li>▶ S'assurer de la disponibilité des ÉPI requis en tout temps.</li><li>▶ Effectuer des formations et des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement).</li></ul>
-----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## 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 *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

Pour une liste détaillée des interventions médicales générant des aérosols (IMGA), référer à : [Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19](#)

- ▶ 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.

Le seul fait qu'un usager suspecté ou usager qui est un cas de COVID-19 ait une trachéostomie ne fait pas en sorte que des précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent être instaurées en présence de cet usager.

Il est important de spécifier que c'est le geste chirurgical, soit la trachéotomie, qui est considéré une IMGA. Ce sont donc la trachéotomie ainsi que certains soins de trachéostomie (aspiration profonde des sécrétions par la trachéostomie) qui nécessitent des précautions aériennes-contact avec protection oculaire pour un usager suspecté ou un usager qui est un cas de COVID-19. Un changement de pansement au niveau de la trachéostomie, une aspiration des sécrétions à l'embouchure de la canule, l'application de soins topiques au site ou le changement de canule ne sont pas considérés des IMGA donc des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire sont adéquates pour un usager suspecté ou un usager qui est un cas de COVID-19.

Pour les usagers non suspectés ou les usagers qui ne sont pas des cas de COVID-19 porteurs d'une trachéostomie, aucune précaution additionnelle n'est requise et les pratiques de base de prévention et contrôle des infections s'appliquent.

Pour les usagers non suspectés ou les usagers qui ne sont pas des cas de COVID-19 utilisateurs d'un BiPAP ou CPAP, aucune précaution additionnelle n'est requise et les pratiques de base de prévention et contrôle des infections s'appliquent.

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.

Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de certaines IMGA :

- ▶ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles.
- ▶ Réévaluer les indications de soins au besoin ou voir si une alternative de soins est possible (ex. : pour les CPAP, BiPAP).
- ▶ Autant que possible, tenter de planifier 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.

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. Si présence de chambre à pression négative, 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.

<b>Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté, confirmé ou probable de COVID-19 (suite)</b>	
<b>Hébergement</b>	<p><b>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Placer l'usager dans une chambre individuelle avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle).</li> <li>▶ 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 <i>Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte</i>).</li> </ul> <p>Si l'usager suspecté de COVID-19 est en chambre multiple dans l'attente du résultat ou si l'usager qui est un cas de COVID-19 est en chambre multiple avec des usagers qui ne sont pas des cas de COVID-19 et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Favoriser le port du masque par l'usager suspecté ou l'usager qui est un cas de COVID-19 et pour les autres usagers partageant la chambre.</li> <li>▶ 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).</li> <li>▶ 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.</li> </ul> <p><b>Précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire</b></p> <p>Placer l'usager dans une chambre individuelle avec la porte fermée (ou chambre à pression négative, si disponible dans l'installation) avec une toilette individuelle (ou avec une chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle).</p>
<b>Durée des mesures</b>	<p><b>Informations générales</b></p> <p>Le test d'amplification des 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, 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>

## Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)

### Durée des mesures

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.

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 *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. Toutefois, il est impossible d'effectuer des cultures virales pour tous les cas et d'établir une conduite identique pour cette clientèle hétérogène.

L'utilisation des tests de détection antigénique rapide (TDAR) est de plus en plus répandue dans les différents milieux et plusieurs instances les utilisent pour mettre fin aux 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 *et al.*, 2022 ; Kohmer *et al.*, 2021; McKay *et al.*, 2021). C'est pourquoi une stratégie par TDAR est dorénavant privilégiée pour la clientèle immunosupprimée.

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.

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 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 de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.

#### 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) :

- ▶ 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 de cette catégorie qui rencontrent les critères cliniques ci-haut.

\* 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 d'un cas de COVID-19 (suite)

### 3. Usagers avec immunosuppression

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

Une évaluation au 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.

#### 3.1 Usagers avec immunosuppression excluant ceux avec immunosuppression sévère

- ▶ 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)

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.

#### 3.2 Usagers avec immunosuppression sévère

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

L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR\*\* à intervalle de 24 heures, afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement. L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique). Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 de l'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.

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

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

\*\* 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)	
Prélèvements et laboratoire	Référer aux guides de prélèvements locaux de chaque installation et à : <a href="#">Coronavirus (SARS-CoV-2:COVID-19): détection (TAAN) sur spécimen clinique.</a>
Manipulation des prélèvements	Référer aux procédures de l'établissement.
Prévention du déconditionnement durant l'isolement	<p>Les mesures de PCI mises en place lors d'une période d'isolement <b>ne devraient pas mener au déconditionnement de l'utilisateur</b>. Si un possible déconditionnement est identifié par les autorités compétentes de l'unité de soins, les mesures de PCI doivent être personnalisées pour l'utilisateur afin de mettre en place les interventions nécessaires pour prévenir le déconditionnement. La consultation d'une personne experte en PCI à ce niveau est primordiale dans le but de maintenir la sécurité des autres usagers et des TdeS et de limiter la transmission de l'infection :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Effectuer une évaluation du risque (bénéfices pour l'utilisateur vs risques encourus pour les autres usagers) afin de permettre des sorties de la chambre (ex. : marche au corridor avec supervision pour une période déterminée).</li> <li>▶ Pour le déplacement de l'utilisateur, se référer à la section <i>Déplacements et circulation de l'utilisateur durant l'isolement</i>.</li> <li>▶ Référer à directives du MSSS concernant la prévention du déconditionnement : <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003328/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003328/</a></li> </ul>
Déplacements et circulation de l'utilisateur durant l'isolement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Durant l'isolement, les mesures de PCI suivantes peuvent contribuer à limiter la transmission de l'infection : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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.</li> <li>▶ Privilégier les procédures thérapeutiques et sociales dans la chambre lorsque cela est possible.</li> <li>▶ Privilégier les consultations et interventions à la chambre de l'utilisateur sauf si le matériel médical nécessaire ne peut y être déplacé.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Si un déplacement est requis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le port du masque médical est recommandé pour l'utilisateur, sauf pour les exceptions mentionnées dans la section <i>Port du masque chez l'utilisateur</i>.</li> <li>▶ L'utilisateur doit effectuer l'HDM en quittant sa chambre, ainsi qu'au retour à sa chambre. L'assister au besoin.</li> <li>▶ Ne pas faire porter une blouse ou des gants à l'utilisateur dans le corridor.</li> <li>▶ 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 <i>Retrait de l'équipement de protection individuelle</i>) puis procéder à l'HDM.</li> <li>▶ Durant le transport, l'accompagnateur doit revêtir l'ÉPI recommandé selon les modalités locales en cours.</li> <li>▶ Lors d'un déplacement requis pour un examen à l'extérieur de son unité : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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.</li> <li>▶ S'assurer que les TdeS du service receveur portent l'ÉPI requis pendant toute la durée de la présence de l'utilisateur.</li> <li>▶ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des TdeS lors des déplacements.</li> <li>▶ 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.)</li> </ul> </li> <li>▶ Suite au passage de l'utilisateur, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement.</li> <li>▶ Lors du transfert d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.</li> </ul>

<b>Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)</b>	
<b>Gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Référer aux directives du MSSS sur la gestion des visiteurs et des personnes proches aidantes.</li> <li>▶ Les visiteurs et personnes proches aidantes doivent avoir reçu une formation sur les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection individuelle requis (hygiène des mains, l'hygiène et l'étiquette respiratoires, mesures de distanciation physique, l'utilisation des ÉPI, etc.).</li> <li>▶ 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 <a href="#">SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Porter une attention particulière aux proches qui passent plusieurs heures ou qui demeurent en tout temps dans le milieu de soins avec l'usager (ex. : personne qui visite son conjoint ou sa conjointe très régulièrement et passe une longue période).</li> <li>▶ Dans le cas d'une réponse affirmative, une évaluation par une autorité compétente doit être effectuée. La visite devra alors être reportée.</li> </ul> </li> <li>▶ Aviser le visiteur et la personne proche aidante de surveiller l'apparition de symptômes qui pourraient survenir dans les 14 jours suivant le dernier contact avec l'usager.</li> <li>▶ 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.</li> <li>▶ Restreindre leur déplacement dans le milieu de soins ou de vie.</li> <li>▶ Tenir un registre de tous les visiteurs et des personnes proches aidantes présentes dans le milieu de soins ou de vie.</li> </ul>
<b>Bénévoles</b>	Référer aux directives du MSSS.
<b>Stagiaires/étudiants et résidents/externes</b>	Référer aux directives du MSSS et aux politiques des établissements d'enseignement.
<b>Hygiène corporelle des usagers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Maintenir les soins d'hygiène corporelle pour les usagers suspectés ou les usagers qui sont des cas de COVID-19 (ex. : douche ou bain à la baignoire). <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Adapter au besoin le type de soins d'hygiène corporelle de l'usager selon l'évaluation de sa condition médicale.</li> <li>▶ Si l'usager est conduit au bain ou à la douche partagée, s'assurer de respecter les mesures de PCI en lien avec le type de précautions additionnelles en place pour l'usager.</li> </ul> </li> <li>▶ 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).</li> </ul>
<b>Services extérieurs</b>	Référer aux directives du MSSS.

<b>Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)</b>	
<b>Équipements de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Désinfecter quotidiennement les équipements de soins qui se trouvent dans la chambre de l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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.</li> </ul> </li> <li>▶ 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.</li> <li>▶ 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).</li> </ul>
<b>Hygiène et salubrité</b>	<p>Les informations concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection sont disponibles sur le site du MSSS.</p> <p><b>Désinfection quotidienne</b>  <a href="#">Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact</a>  <a href="#">Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact</a></p> <p><b>Désinfection terminale</b>  <a href="#">Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact</a>  <a href="#">Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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.</li> <li>▶ 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.</li> <li>▶ Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada.</li> <li>▶ Ajuster la fréquence des entretiens selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc.</li> </ul>
<b>Buanderie-lingerie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement.</li> <li>▶ Le lavage des vêtements des cas suspectés ou des cas de COVID-19, qui était fait par les familles, devra être fait par l'installation.</li> </ul>
<b>Vêtements du travailleur de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Laver les vêtements conformément aux instructions du fabricant. Utiliser un détergent habituel et de l'eau à la température recommandée pour le vêtement.</li> <li>▶ Ceux-ci n'ont pas à être lavés séparément des autres vêtements.</li> <li>▶ Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.</li> </ul>
<b>Gestion des déchets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Appliquer les procédures régulières de l'établissement.</li> <li>▶ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).</li> </ul>
<b>Services alimentaires</b>	Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).



<b>Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19 (suite)</b>	
<b>Manipulation des dépouilles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Appliquer les pratiques de base et les précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que le nettoyage et la désinfection de la chambre soient effectués.</li> <li>▶ Enlever tout appareil médical sur la dépouille (ex. : tube respiratoire, aiguille, etc.).</li> <li>▶ Laisser à la dépouille son bracelet d'identification (si présent) pour éviter toute erreur sur la personne.</li> <li>▶ 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.</li> <li>▶ 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.</li> <li>▶ Aviser la DSPublique du décès du cas de la COVID-19 selon les modalités prévues localement ou régionalement.</li> </ul> <p>Pour des informations complémentaires, se référer à <a href="#">COVID-19 : Mesures de prévention et de protection pour les entreprises de services funéraires</a></p>
<b>Ventilation et climatisation</b>	<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"> <li>▶ <a href="#">Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques</a></li> <li>▶ <a href="#">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</a></li> </ul> <p>Concernant les appareils mobiles, référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <a href="#">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</a></li> </ul>
<b>Formation</b>	<p>Les TdeS devraient avoir reçu une formation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'hygiène des mains</li> <li>▶ Les avantages de la vaccination</li> <li>▶ L'identification d'un cas suspecté de COVID-19</li> <li>▶ Les précautions additionnelles requises</li> <li>▶ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI</li> <li>▶ Tout autre sujet relié à la COVID-19 et jugé pertinent.</li> </ul>
<b>Audits</b>	<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>
<b>Communication</b>	<p>S'assurer que toutes les informations pertinentes à l'application des mesures de PCI soient transmises aux personnes concernées, y compris aux usagers.</p>

# 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	
<b>Option d'hébergement</b>	<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"> <li>▶ Cohorte de cas de COVID-19 (héberge des usagers confirmés par laboratoire et par TDAR avec histoire fiable)</li> <li>▶ 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)</li> <li>▶ Cohorte d'usagers asymptomatiques ayant des critères d'exposition (référer à <a href="#">SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins</a>)</li> <li>▶ Cohorte d'usagers asymptomatiques et sans critères d'exposition (référer à <a href="#">SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins</a>)</li> </ul> <p>Lorsque des cohortes sont mises en place, des mesures de PCI doivent être respectées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bien délimiter les différentes cohortes afin que les gens puissent visualiser qu'ils entrent dans une cohorte.</li> <li>▶ Si plusieurs types de cohortes sont créées, idéalement chaque TdeS devrait être dédié à une seule cohorte.</li> <li>▶ 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.</li> <li>▶ Privilégier l'utilisation des chambres individuelles afin de diminuer la concentration de cas (principe de densité d'usagers).</li> <li>▶ 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.</li> <li>▶ 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.</li> <li>▶ 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.</li> <li>▶ 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).</li> <li>▶ 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.</li> </ul>

## Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte

### 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 confirmés 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.

### ISOLEMENT À LA CHAMBRE

Cette option pourrait être envisagée lorsque peu de cas sont présents, pour les petites installations ou lorsque les transferts de chambre sont difficiles (ex. : clientèle confuse). L'ÉPI doit être changé à la sortie de chaque chambre.

Privilégier des chambres individuelles pour diminuer la concentration d'aérosols dans la pièce.

L'usager doit rester dans sa chambre individuelle avec salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance dédiée) sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués à sa chambre. Les traitements comprennent toutes les interventions visant à éviter le déconditionnement de l'usager.

## Principes à respecter lors de la mise en place d'une cohorte

	<p><b>ISOLEMENT INVERSÉ AVEC CHAMBRES ET CORRIDORS CONSIDÉRÉS POSSIBLEMENT CONTAMINÉS</b></p> <p>L'utilisation de ce type d'isolement doit être une mesure d'exception. Avant son utilisation, il est à considérer, dans la mesure du possible, de relocaliser les usagers n'ayant pas la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmés, ni probable, ni suspectés).</p> <p>Cette option pourrait être envisagée si la majorité des usagers sur l'unité sont des cas de COVID-19 et qu'il est difficile pour ces usagers de suivre les consignes et de demeurer à leur chambre (ex. : unité prothétique). À envisager seulement si l'ensemble des mesures de PCI et de gestion des cas suspectés et des cas de COVID-19 sont bien comprises et respectées par le personnel sur l'unité et qu'il est impossible de cohorter les usagers.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Avant l'instauration de ce type d'isolement, effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) par l'équipe de PCI ou de la DSPublique selon les modalités locales (ex. : si usagers suspectés ou usagers qui sont des cas de COVID-19 représentent plus de risques de transmission en circulant vs usagers non atteints qui sont en mesure de demeurer à leur chambre).</li> <li>▶ Considérer le corridor, les aires communes ainsi que les chambres des usagers qui sont des cas de COVID-19 comme potentiellement contaminés afin que les usagers puissent y circuler.</li> <li>▶ Considérer les chambres des usagers non atteints comme non contaminées. Les TdeS doivent retirer leur ÉPI, effectuer l'hygiène des mains et revêtir un nouveau masque médical avant d'y entrer.</li> <li>▶ Constituer des équipes dédiées distinctes pour les usagers qui sont des cas de COVID-19 et pour les usagers non atteints.</li> <li>▶ Rehausser l'hygiène des mains de tous les usagers et appliquer des modalités de nettoyage et désinfection en plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces touchées par les usagers. Cibler du personnel pour effectuer ces tâches.</li> </ul> <p>Il est à noter que les résultats découlant de ce type d'isolement ne sont pas clairement établis dans la littérature. Par contre, quelques expériences locales ont eu de bons résultats pour la gestion des éclosions chez une clientèle errante en minimisant l'utilisation de contentions chimiques et physiques.</p> <p><b>NOTIONS DE ZONES</b></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"> <li>▶ Les définitions de zones relèvent du MSSS.</li> <li>▶ 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.</li> </ul>
<p><b>Hygiène et salubrité</b></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"> <li>▶ Référer à l'annexe 1B du <a href="#">Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité</a></li> <li>▶ Référer à <a href="#">Techniques - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) -Type de précautions : gouttelettes-contact</a></li> </ul>
<p><b>Équipement de soins</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour la désinfection des surfaces fréquemment touchées des équipements de soins.</li> <li>▶ Prévoir l'équipement de soins et le matériel dédiés pour chaque type de cohorte.</li> </ul> <p>Si des équipements de soins et du matériel sont partagés entre différentes cohortes, un nettoyage et une désinfection doivent être réalisés après chaque utilisation.</p>

## Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 (usager ou travailleur de la santé)

Gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 pour qui il n'y avait pas de précautions additionnelles en place à la découverte du cas	
<p><b>Actions recommandées lors de la découverte d'un cas unique de COVID-19 sans précautions additionnelles</b></p>	<p><b>Mesures générales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Réaliser une enquête épidémiologique.</li> <li>▶ L'ajout d'autres dépistages pourrait être indiqué selon l'avis du service de PCI ou de la DSPublique et selon l'objectif d'investigation visé.</li> </ul> <p><b>Cas communautaire (non nosocomial) ou cas nosocomial de source connue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Instaurer immédiatement des précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant la protection oculaire. Si le cas unique est un TdeS, référer à <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins</a></li> <li>▶ Procéder à l'identification des contacts du cas.</li> <li>▶ Référer au <i>Tableau 1 Cas unique de COVID-19 – cas communautaire ou nosocomial de source connue (pour les CHSLD)</i> pour les actions à mettre en place en regard des dépistages et des précautions additionnelles chez les contacts du cas.</li> <li>▶ Utiliser le document <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins</a> pour la gestion des TdeS ayant eu une exposition.</li> </ul> <p><b>Cas nosocomial de source inconnue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Instaurer immédiatement des précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant la protection oculaire. Si le cas unique est un TdeS, référer à <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins</a>.</li> <li>▶ Procéder à l'identification de la source ET des contacts du cas.</li> <li>▶ Référer au <i>Tableau 2 : Cas unique de COVID-19 – cas nosocomial de source inconnue (pour les CHSLD)</i> pour les actions à mettre en place en regard des dépistages et des précautions additionnelles chez les contacts du cas.</li> <li>▶ Utiliser le document <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins</a> pour la gestion des TdeS ayant eu une exposition.</li> </ul>

**Tableau 1 Cas unique de COVID-19 – cas communautaire ou nosocomial de source connue (pour les CHSLD)**

		Mesures pour les usagers et les travailleurs de la santé <sup>A, B</sup>		
		Dépistages par TAAN	Isolement préventif usagers ou retrait du travail travailleur de la santé	Autres mesures
Usager asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas</li> <li>ET</li> <li>▶ Avant la levée de l'isolement préventif : Jour 4-5 (sauf exceptions<sup>C</sup> au jour 9-10)</li> </ul>	5 jours  (sauf exceptions <sup>C</sup> : 10 jours)	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
	CONTACT ÉLARGI	Aucun	Non requis <sup>D</sup>	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
Travailleur de la santé asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas</li> <li>ET</li> <li>▶ Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours</li> </ul>	Pour les indications de retrait et de suivi du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, référer au document <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins</a> .	
	CONTACT ÉLARGI	Aucun	Non requis	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition

- <sup>A</sup> Si présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, dépister l'usager dès l'apparition des symptômes et le gérer comme un cas suspecté de COVID-19. Pour les TdeS, référer à [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins](#).
- <sup>B</sup> Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins **sauf les personnes immunosupprimées, vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non**. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)
- <sup>C</sup> Exceptions : (1) Épisode de COVID-19 il y a > 6 mois ET non vacciné / (2) Épisode de COVID-19 > 12 mois ET primovaccination incomplète / (3) Aucun épisode de COVID-19 confirmé ET non vacciné ou primovaccination incomplète / (4) Personne immunosupprimée, vaccinée ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non / (5) Refus de dépistage. Pour les définitions, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).
- <sup>D</sup> L'isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptomatique, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

**Tableau 2 Cas unique de COVID-19 – cas nosocomial de source inconnue (pour les CHSLD)**

		Mesures pour les usagers et les travailleurs de la santé <sup>A, B</sup>		
		Dépistages par TAAN	Isolement préventif ou retrait du travail Travailleur de la santé	Autres mesures
Usager asymptotique	CONTACT ÉTROIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas ET</li> <li>▶ Avant la levée de l'isolement préventif : Jour 4-5 (sauf exceptions<sup>C</sup> au jour 9-10)</li> </ul>	5 jours (sauf exceptions <sup>C</sup> : 10 jours)	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
	CONTACT ÉLARGI	Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas	Non requis <sup>D</sup>	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition
Travailleur de la santé asymptotique	CONTACT ÉTROIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas ET</li> <li>▶ Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours</li> </ul>	Pour les indications de retrait et de suivi du TdeS selon le type d'exposition et le port de l'ÉPI, référer au document <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins</a> .	
	CONTACT ÉLARGI	Jour 0, c'est-à-dire dès la découverte du cas	Non requis	Surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition

<sup>A</sup> Si présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, dépister l'usager dès l'apparition des symptômes et le gérer comme un cas suspecté de COVID-19. Pour les TdeS, référer à [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins](#).

<sup>B</sup> Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins, **sauf les personnes immunosupprimées, vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non**. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)

<sup>C</sup> Exceptions : (1) Épisode de COVID-19 il y a > 6 mois ET non vacciné / (2) Épisode de COVID-19 > 12 mois ET primovaccination incomplète / (3) Aucun épisode de COVID-19 confirmé ET non vacciné ou primovaccination incomplète / (4) Personne immunosupprimée, vaccinée ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non / (5) Refus de dépistage. Pour les définitions, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

<sup>D</sup> L'isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptotique, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.)

## Gestion d'une éclosion

Déclaration d'une éclosion	
<b>Comité de gestion d'éclosion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tenir rapidement une rencontre du comité de gestion d'éclosion afin de réviser les mesures en place ou à implanter.</li> <li>▶ Tenir des rencontres régulières et fréquentes du comité. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins du milieu.</li> <li>▶ Garder des traces des décisions prises et des mesures mises en place avec leurs dates d'implantation.</li> <li>▶ Référer aux documents suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <a href="#">Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec</a></li> <li>▶ Directives du MSSS : <a href="#">Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés</a></li> </ul> </li> </ul>
<b>Signalement de l'éclosion</b>	Signaler rapidement l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues localement et, le cas échéant, aux autres instances demandées par le MSSS.
Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion	
<b>Prise en charge des contacts étroits et élargis chez les usagers</b>	<p><b>Recherche des contacts étroits et élargis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Faire une recherche des contacts étroits et élargis, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'installation. Référer au tableau 3 ou 4 selon la situation rencontrée.</li> <li>▶ Si l'usager a été transféré, aviser le centre ou le service receveur.</li> <li>▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits selon le nombre de cas.               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Éviter de regrouper les contacts étroits avec des cas de COVID-19 ou avec des cas suspectés de COVID-19 (cas ayant des symptômes et en attente de résultat).</li> <li>▶ Ne pas regrouper des usagers contacts étroits asymptomatiques avec des usagers contacts étroits symptomatiques.</li> </ul> </li> <li>▶ Faire une liste des contacts étroits et élargis. Un outil est proposé et peut être adapté localement : <a href="#">Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel)</a>.</li> </ul>
<b>Prise en charge des contacts étroits chez les travailleurs de la santé</b>	Pour les indications de retrait, référer à <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins</a> .



Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)	
<b>Précautions additionnelles</b>	<p><b>Contacts étroits usagers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Référer au tableau 3 ou 4 selon la situation rencontrée.</li> </ul> <p><b>Contacts élargis usagers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Référer au tableau 3 ou 4 selon la situation rencontrée.</li> </ul> <p><b>Cas suspecté ou cas de COVID-19</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Instaurer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire.</li> <li>▶ Référer à la section Mesures à appliquer en présence d'un cas suspecté ou d'un cas de COVID-19.</li> </ul>
<b>Surveillance des symptômes et dépistage</b>	<p>Surveiller étroitement et activement les symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les contacts étroits et élargis (usagers et TdeS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Usagers : Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19, deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé.</li> <li>▶ TdeS : Référer à : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins</a>.</li> </ul>
<b>Affichage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Installer des affiches avisant de l'éclosion à l'entrée de l'unité et/ou de l'installation.</li> <li>▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres ou les lits (si chambre multiple) où sont hébergés des usagers suspectés ou des usagers qui sont des cas de COVID-19 (ex. : affiche, code de couleurs, etc.).</li> </ul>
<b>Pratiques de base et étiquette respiratoire</b>	<p>S'assurer du respect rigoureux des pratiques de base et de l'étiquette respiratoire.</p>
<b>Hébergement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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).</li> <li>▶ Référer à la section <i>Options d'hébergement</i> du présent document et aux directives du MSSS : <a href="#">Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés</a>.</li> </ul>

<b>Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)</b>	
<b>Hygiène et salubrité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Augmenter la fréquence des nettoyages et désinfections selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc.</li> <li>▶ 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.).</li> <li>▶ Référer à l'annexe 1B du <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgilea-003.pdf">Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité et à https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgilea-003.pdf</a>.</li> <li>▶ Désinfecter avec un produit reconnu efficace (virucide pour les coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada.</li> </ul>
<b>Équipements de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dédier les équipements de soins à un seul usager lorsque possible.</li> <li>▶ Dans une cohorte de cas de COVID-19 (ou une chambre considérée potentiellement contaminée), dédier les équipements de soins uniquement à cette cohorte.</li> <li>▶ Si des équipements de soins sont partagés, les nettoyer et les désinfecter entre chaque usager.</li> <li>▶ Nettoyer et désinfecter quotidiennement tous les équipements de soins.</li> </ul>
<b>Ventilation et climatisation</b>	<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"> <li>▶ <a href="#">Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin - Rapport du Groupe d'experts scientifiques et techniques</a></li> <li>▶ <a href="#">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</a></li> </ul> <p>Concernant les appareils mobiles de climatisation et les ventilateurs électriques, référer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <a href="#">Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs portables et des ventilateurs électriques en milieux de soins dans un contexte de COVID-19</a></li> </ul>
<b>Admissions</b>	Référer à <a href="#">Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés.</a>
<b>Suspension ou fermeture d'une unité aux admissions</b>	Référer à <a href="#">Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés.</a>
<b>Transfert interétablissements et entre unités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre ou l'unité receveur de la situation d'éclosion en cours.</li> <li>▶ Référer à : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <a href="#">Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés</a></li> <li>▶ <a href="#">Trajectoire pour les personnes en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté vers différents milieux de vie et d'hébergement</a></li> </ul> </li> </ul>

<b>Mesures de PCI pour la gestion d'une éclosion (suite)</b>	
<b>Réouverture d'une unité fermée aux admissions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Revoir quotidiennement la possibilité de réouverture du milieu de soins.</li> <li>▶ Référer à <a href="#">Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés</a></li> <li>▶ Avant la réouverture de l'unité, effectuer un nettoyage et une désinfection selon les protocoles de l'établissement ou du MSSS <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/</a></li> </ul>
<b>Visiteurs, proches aidants et accompagnateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aviser les familles selon les modalités locales (ex. : appel téléphonique, courriel)</li> <li>▶ Référer aux directives du MSSS : <a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#visites-et-sorties">https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#visites-et-sorties</a></li> </ul>
<b>Déplacements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Référer aux sections suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Prévention du déconditionnement</i></li> <li>▶ <i>Déplacement et circulation de l'usager durant l'isolement</i></li> </ul> </li> </ul>
<b>Activités sociales et thérapeutiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Suspendre temporairement les activités sociales et les soins ou services offerts par les travailleurs externes (ex. : coiffeur, soins des pieds, etc.).</li> <li>▶ Limiter les déplacements non nécessaires de l'usager à l'extérieur de la chambre. Cependant, maintenir toutes les interventions visant à éviter le déconditionnement de l'usager.</li> <li>▶ Privilégier les procédures thérapeutiques et sociales dans la chambre lorsque cela est possible.</li> <li>▶ Privilégier les consultations et interventions à la chambre de l'usager sauf si le matériel médical nécessaire ne peut y être déplacé.</li> <li>▶ Effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) par l'équipe de PCI ou de la DSPublique selon les modalités locales. Possibilité de reprendre des activités selon l'évolution de l'éclosion. Dans ce contexte, référer aux directives du MSSS : <a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#activites-de-groupe">https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#activites-de-groupe</a>.</li> </ul>
<b>Ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rehausser le nombre de TdeS sur l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de PCI. Ceci inclut aussi les préposés aux bénéficiaires et les travailleurs attirés à l'hygiène et à la salubrité.</li> <li>▶ Référer au <a href="#">Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés</a></li> </ul>
<b>Mobilité des travailleurs de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Référer au <a href="#">Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés</a></li> <li>▶ Restreindre la circulation dans l'unité en éclosion aux TdeS requis pour les soins et les services.</li> <li>▶ Assurer une stabilité des TdeS sur l'unité en éclosion.</li> <li>▶ 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.</li> </ul>

**Tableau 3 Éclosion de COVID-19 – source de l’éclosion connue ET lien épidémiologique connu (pour les CHSLD)**

		Mesures pour les usagers et les travailleurs de la santé <sup>A, B</sup>		
		Dépistages par TAAN	Isolement préventif ou retrait du travail travailleur de la santé	Autres mesures
Usager asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jour 0, c’est-à-dire dès la découverte du cas</li> <li>ET</li> <li>▶ Avant la levée de l’isolement préventif : Jour 4-5 (sauf exceptions<sup>C</sup> au jour 9-10)</li> </ul>	5 jours (sauf exceptions <sup>C</sup> : 10 jours)	Surveillance stricte des symptômes jusqu’à 14 jours après la dernière exposition
	CONTACT ÉLARGI	Jour 0 <sup>D</sup> , c’est-à-dire dès la découverte de l’éclosion	Non requis <sup>E</sup>	Surveillance stricte des symptômes jusqu’à 14 jours après la dernière exposition
Travailleur de la santé asymptomatique	CONTACT ÉTROIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jour 0, c’est-à-dire dès la découverte du cas</li> <li>ET</li> <li>▶ Chaque 2-3 jours jusqu’à 10 jours</li> </ul>	Pour les indications de retrait et de suivi du TdeS selon le type d’exposition et le port de l’ÉPI, référer à la section 1 du document <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Autosurveillance des symptômes jusqu’à 14 jours après la dernière exposition</li> <li>▶ Auto-isolement strict lorsqu’au travail</li> </ul>
	CONTACT ÉLARGI	Jour 0 <sup>E</sup> , c’est-à-dire dès la découverte de l’éclosion	Non requis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Autosurveillance des symptômes jusqu’à 14 jours après la dernière exposition</li> <li>▶ Auto-isolement strict lorsqu’au travail</li> </ul>

<sup>A</sup> Si présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, dépister l’usager dès l’apparition des symptômes et le gérer comme un cas suspecté de COVID-19. Pour les TdeS, référer au document [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé](#).

<sup>B</sup> Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins **sauf les personnes immunosupprimées, vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non**. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu’à 14 jours après la dernière exposition. Pour la définition d’épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

<sup>C</sup> Exceptions : (1) Épisode de COVID-19 il y a > 6 mois ET non vacciné / (2) Épisode de COVID-19 > 12 mois ET primovaccination incomplète / (3) Aucun épisode de COVID-19 confirmé ET non vacciné ou primovaccination incomplète / (4) Personne immunosupprimée, vaccinée ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non / (5) Refus de dépistage. Pour les définitions, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

<sup>D</sup> Si aucun cas n’est trouvé, cesser les dépistages. Si des cas positifs sont découverts, poursuivre les dépistages chaque 2-3 jours. Le nombre et la fréquence des dépistages peuvent être ajustés selon la situation épidémiologique locale.

<sup>E</sup> L’isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptomatique, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

**Tableau 4 Éclosion de COVID-19 – source de l’éclosion inconnue OU lien épidémiologique inconnu (pour les CHSLD)**

		Mesures pour les usagers et les travailleurs de la santé <sup>A, B</sup>		
		Dépistages par TAAN	Isolement préventif ou retrait du travail travailleur de la santé	Autres mesures
Usager asymptotique	CONTACT ÉTROIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jour 0, c’est-à-dire dès la découverte du cas</li> <li>ET</li> <li>▶ Avant la levée de l’isolement préventif : Jour 4-5 (sauf exceptions<sup>C</sup> au jour 9-10)</li> </ul>	5 jours  (sauf exceptions <sup>C</sup> : 10 jours)	Surveillance stricte des symptômes jusqu’à 14 jours après la dernière exposition
	CONTACT ÉLARGI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jour 0, c’est-à-dire dès la découverte de l’éclosion</li> <li>ET</li> <li>▶ Jour 4-5<sup>D</sup></li> </ul>	Non requis <sup>E</sup>	Surveillance stricte des symptômes jusqu’à 14 jours après la dernière exposition
Travailleur de la santé asymptotique	CONTACT ÉTROIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jour 0, c’est-à-dire dès la découverte du cas</li> <li>ET</li> <li>▶ Chaque 2-3 jours jusqu’à 10 jours</li> </ul>	Pour les indications de retrait et de suivi du TdeS selon le type d’exposition et le port de l’ÉPI, référer à la section 1 du document <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Autosurveillance des symptômes jusqu’à 14 jours après la dernière exposition</li> <li>▶ Auto-isolement strict lorsqu’au travail</li> </ul>
	CONTACT ÉLARGI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jour 0, c’est-à-dire dès la découverte de l’éclosion</li> <li>ET</li> <li>▶ Jour 4-5<sup>D</sup></li> </ul>	Non requis	

<sup>A</sup> Si présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, dépister l’usager dès l’apparition des symptômes et le gérer comme un cas suspecté de COVID-19. Pour les TdeS, référer au document [SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé](#).

<sup>B</sup> Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins **sauf les personnes immunosupprimées, vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non**. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu’à 14 jours après la dernière exposition. Pour la définition d’épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#)

<sup>C</sup> Exceptions : (1) Épisode de COVID-19 il y a > 6 mois ET non vacciné / (2) Épisode de COVID-19 > 12 mois ET primovaccination incomplète / (3) Aucun épisode de COVID-19 confirmé ET non vacciné ou primovaccination incomplète / (4) Personne immunosupprimée, vaccinée ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non / (5) Refus de dépistage. Pour les définitions, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

<sup>D</sup> Si aucun cas n’est trouvé, cesser les dépistages. Si des cas positifs sont découverts, poursuivre les dépistages chaque 2-3 jours. Le nombre et la fréquence des dépistages peuvent être ajustés selon la situation épidémiologique locale.

<sup>E</sup> L’isolement est non requis pour un usager contact élargi asymptotique, mais des ajustements locaux peuvent être faits (ex. : situation épidémiologique particulière, etc.).

Gestion des travailleurs de la santé d'une unité en éclosion	
<b>Rencontre d'informations</b>	<p>Réaliser une séance d'information avec les TdeS sur tous les quarts de travail dès le début de l'éclosion et la répéter selon les besoins pour assurer une bonne compréhension des mesures. Selon les modalités locales, ces séances peuvent être réalisées par le gestionnaire de l'unité ou de l'installation en éclosion, par le service de PCI, par la DSPublique ou par toute autre personne désignée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rappeler les mesures en situation d'éclosion sur les précautions additionnelles et les ÉPI.</li> <li>▶ Rappeler les symptômes à surveiller afin de détecter rapidement les cas.</li> <li>▶ Dresser un tableau clair de la situation (ex. : nombre de cas, mesures prises jusqu'à maintenant, etc.).</li> <li>▶ Identifier une personne à qui se référer pour toute question relative à l'application des mesures.</li> <li>▶ Rappeler les mesures pour protéger les TdeS (ex. : hygiène des mains, respect de la distanciation physique, port du masque, surveillance des symptômes, vaccination, etc.).</li> <li>▶ Informer des résultats d'audits ayant été effectués (ex. : hygiène des mains, port de l'ÉPI, hygiène et salubrité, distanciation physique des TdeS, etc.).</li> </ul>
<b>Distanciation physique chez les travailleurs de la santé</b>	Référer à <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des aires communes et du covoiturage des travailleurs en milieux de soins</a> .
Suivis de l'éclosion	
<b>Travailleur de la santé symptomatique</b>	Référer à : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins</a> . Si présence de symptômes post-vaccination, référer à : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19 en milieux de soins</a> .
<b>Travailleur de la santé exposé</b>	Évaluation de l'exposition par le service de santé ou la DSPublique selon les modalités locales. Référer à : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins</a> .
<b>Suivis des cas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Suivre quotidiennement l'évolution de l'éclosion avec le nombre de nouveaux cas nosocomiaux. Un outil qui permet de faire des courbes épidémiques est proposé pour les milieux de soins de courte durée et ceux de longue durée. Référer à : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <a href="#">CHSLD - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19</a></li> </ul> </li> <li>▶ Un modèle de grilles de surveillance des cas et des contacts est proposé et peut être adapté localement : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <a href="#">Usagers ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif ou un diagnostic de la COVID-19</a> (ou <a href="#">Excel</a>)</li> <li>▶ <a href="#">Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19</a> (ou <a href="#">Excel</a>)</li> <li>▶ <a href="#">Travailleurs ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif (COVID-19)</a> (ou <a href="#">Excel</a>)</li> <li>▶ <a href="#">Travailleurs ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19</a> (ou <a href="#">Excel</a>)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Différents indicateurs peuvent être suivis et adaptés localement en collaboration avec le service de PCI ou la DSPublique.</li> <li>▶ Surveiller minimalement le taux d'incidence quotidienne (en soins de courte durée) ou taux d'attaque quotidienne (en soins de longue durée). Référer à : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <a href="#">CHSLD - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19</a></li> </ul> </li> </ul>

## Annexe 1 Tableau résumé des mesures de gestion des contacts d'un cas unique de COVID-19 et de gestion d'écllosion (pour les CHSLD) pour les usagers et les travailleurs de la santé<sup>A, B</sup>

		Écllosion source inconnue OU lien épidémiologique inconnu		Écllosion source connue ET lien épidémiologique connu		1 cas unique confirmé de COVID-19 (source inconnue)		1 cas unique confirmé de COVID-19 (communautaire ou source connue)	
		Dépistages	Isolement préventif/ retrait	Dépistages	Isolement préventif/ retrait	Dépistages	Isolement préventif/ retrait	Dépistages	Isolement préventif/ retrait
Usager	<b>CONTACT ÉTROIT<sup>B</sup></b>	Jour 0 ET Avant levée d'isolement : jour 4-5 (sauf exceptions <sup>B</sup> jour 9-10)	5 jours  (Sauf exceptions <sup>B</sup> : 10 jours)	Jour 0 ET Avant levée d'isolement : jour 4- 5 (sauf exceptions <sup>B</sup> jour 9-10)	5 jours  (Sauf exceptions <sup>B</sup> : 10 jours)	Jour 0 ET Avant levée d'isolement : jour 4-5 (sauf exceptions <sup>B</sup> jour 9-10)	5 jours  (Sauf exceptions <sup>B</sup> : 10 jours)	Jour 0 ET Avant levée d'isolement : jour 4-5 (sauf exceptions <sup>B</sup> jour 9-10)	5 jours  (Sauf exceptions <sup>B</sup> : 10 jours)
	<b>CONTACT ÉLARGI<sup>B</sup></b>	Jour 0 ET Jour 4-5 <sup>C</sup>	NON <sup>D</sup>	Jour 0 <sup>C</sup>	NON <sup>D</sup>	Jour 0	NON <sup>D</sup>	Aucun	NON <sup>D</sup>
Travailleur de la santé	<b>CONTACT ÉTROIT<sup>A, B</sup></b>	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Voir Document <a href="#">Gestion des TdeS en milieu de soins</a>	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Voir Document <a href="#">Gestion des TdeS en milieu de soins</a>	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Voir Document <a href="#">Gestion des TdeS en milieu de soins</a>	Jour 0 ET Chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours	Voir Document <a href="#">Gestion des TdeS en milieu de soins</a>
	<b>CONTACT ÉLARGI<sup>B</sup></b>	Jour 0 ET Jour 4-5 <sup>C</sup>	NON	Jour 0 <sup>C</sup>	NON	Jour 0	NON	Aucun	NON

<sup>A</sup> Ne pas dépister ni isoler les personnes qui ont eu un épisode antérieur de COVID-19 reconnu depuis 3 mois et moins **sauf les personnes immunosupprimées, vaccinées ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non**. Effectuer une surveillance stricte des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. Pour la définition d'épisode antérieur de COVID-19 reconnu, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

<sup>B</sup> Exceptions : (1) Épisode de COVID-19 il y a > 6 mois ET non vacciné / (2) Épisode de COVID-19 > 12 mois ET primovaccination incomplète / (3) Aucun épisode de COVID-19 confirmé ET non vacciné ou primovaccination incomplète / (4) Personne immunosupprimée, vaccinée ou non, épisode antérieur de COVID-19 confirmé ou non / (5) Refus de dépistage. Pour les définitions, se référer au document [SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

<sup>C</sup> Si aucun cas n'est trouvé, cesser les dépistages. Si des cas positifs sont découverts, poursuivre les dépistages chaque 2-3 jours. Le nombre et la fréquence des dépistages peuvent être ajustés selon la situation épidémiologique locale.

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

## Références

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

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

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

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

Australian Government Department of health. (2022b, 21 février). COVID-19 CDNA National guidelines for public health units, version 6.4. <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cdna-song-novel-coronavirus.htm>

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

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

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

Centers for disease control and prevention. (2021b, 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 disease control and prevention. (2022c, 14 janvier). *Ending Isolation and Precautions for people with COVID-19: Interim Guidance*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

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

Center for 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>

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



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

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

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

Cogliati-Dezza, F.,Olivia, F., Cancelli, F., Sayelloni, S., Valeri, SA. *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>

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 Medecine Journal*, 50(6), 667-679. [10.1111/imj.14859](https://doi.org/10.1111/imj.14859)

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

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

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

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

He, X., Lau, H.Y., Wu, P., Deng, X., Wang, J. *et al.* (2020, mai). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*, 26(5), pages 672 à 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. (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. (2021a, 7 octobre). *COVID-19 et personnes immunosupprimées*. Québec. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19\\_Immunosuppression.pdf](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>

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

- Krein, S.L., Mayer, J., Harrod, M., Weston, L.E., Gregory L., *et al.* (2018, 1<sup>er</sup> 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)
- 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)
- Ministère de la Santé de l'Ontario. (2022, 3 février). *COVID-19 guidance: long-term care*. [https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/2019\\_guidance.aspx](https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/2019_guidance.aspx)
- Mumma, J.M., Durso, F.T., Ferguson, A.N., Gipson, C.L., Casanova, L., *et al.* (2018, 15 mars). Human factors risk analyses of a doffing protocol for Ebola-level personal protective equipment: mapping errors to contamination. *Clinical Journal of Infectious Disease*, 66(6), 950-958. <https://doi.org/10.1093/cid/cix957>
- Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C.-G., *et al.* (2020, septembre). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*, 5(9), 475-483. [10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)
- Ong, S. W., X., Tan, Y., K., Sutjipto, S., Chia, P., Y., Toung, B., E. *et al.* (2020, 26 mars). Absence of contamination of personal protective equipment (PPE) by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Infection control and Hospital Epidemiology*, 41(5), 614-616. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.91>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021, 19 mars). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
- Organisation mondiale de la Santé. (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](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., 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, 2 mars). *Factors Affecting COVID-19 Period of Communicability – What We Know So Far*. [https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/02/wwksf-factors-affecting-period-communicability.pdf?la=en#:~:text=While%20there%20was%20no%20evidence,e.g.%2C%20%3E60%20years\)%3B%20treatment](https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/02/wwksf-factors-affecting-period-communicability.pdf?la=en#:~:text=While%20there%20was%20no%20evidence,e.g.%2C%20%3E60%20years)%3B%20treatment)

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. Prépédition. <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>

United kingdom health security agency. (2022, 17 janvier). Guidance - Stepdown of infection control precautions and discharging COVID-19 patients and asymptomatic SARS-CoV-2 infected patients. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-guidance-for-stepdown-of-infection-control-precautions-within-hospitals-and-discharging-covid-19-patients-from-hospital-to-home-settings/guidance-for-stepdown-of-infection-control-precautions-and-discharging-covid-19-patients#immsupp>

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

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), pages 1239 à 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), page 10. 3201/eid2608.200681. [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), pages 1 à 29. [10.1128/CMR.00184-20](https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20)

## Historique des modifications

Version	Date	Modifications
V 10.4	2022-06-14	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Précisions concernant la prise en charge des personnes immunosupprimées dans les tableaux 1, 2, 3, 4 et l'annexe 1.</li> </ul>
V 10.3	2022-05-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Modifications des tableaux 1,2,3,4 et de l'annexe 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Retrait notions protégée, partiellement protégée et non protégée.</li> <li>▶ Ajout de la notion d'exceptions concernant le statut immunitaire.</li> </ul> </li> </ul>
V 10.2	2022-04-06	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Retrait de la section <i>Définitions</i>. Les définitions se trouvent maintenant regroupées dans le document <a href="#">SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins</a></li> <li>▶ Ajout de la notion de surveillance des symptômes jusqu'à 14 jours après la dernière exposition pour les personnes considérées protégées (usagers et TdeS) qui ont eu la COVID-19 depuis 3 mois et moins.</li> </ul>
V 10.1	2022-02-24	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ajustements des définitions d'usager/TdeS considéré protégé, partiellement protégé et non protégé contre l'infection</li> <li>▶ Modification des dépistages pour les TdeS contacts étroits et pour les 4 situations d'exposition en milieu de soins.</li> <li>▶ Modification des dépistages pour les TdeS contacts élargis en situation d'éclosion de source connue et inconnue</li> <li>▶ Modification des dépistages pour les usagers contacts élargis en situation d'éclosion de source connue et inconnue</li> <li>▶ Ajout de la notion d'isolement préventif de 10 jours pour un usager contact étroit ayant eu une exposition en milieu de soins (4 situations) et qui refuse les tests de dépistages.</li> </ul>
V10.0	2022-02-18	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Modifications de la gestion des contacts pour les milieux de soins de longue durée. <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diminution de la durée de l'isolement préventif à 5 jours pour un usager partiellement protégé considéré contact étroit, tant dans une situation d'éclosion (source connue ou non) que lors d'une exposition à un cas unique de COVID-19 (source connue ou non).</li> <li>▶ Réduction des dépistages pour un usager partiellement protégé considéré contact étroit, tant dans une situation d'éclosion (source connue ou non) que lors d'une exposition à un cas unique de COVID-19 (source connue ou non).</li> <li>▶ Retrait de l'isolement préventif pour l'usager considéré contact élargi, tant dans une situation d'éclosion de source inconnue que lors d'une exposition à un cas unique de COVID-19 de source inconnue.</li> </ul> </li> <li>▶ Retrait de la notion de contact étroit pour un usager non apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance).</li> <li>▶ Ajout d'une nouvelle section : Prévention du déconditionnement durant l'isolement.</li> <li>▶ 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 ».</li> <li>▶ Ajout de deux sections spécifiques aux soins de longue durée : Gestion d'un cas unique de COVID-19 et Gestion des éclosions.</li> </ul>
V 9.1	2021-12-02	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ajustements de la définition des critères d'exposition en fonction de l'apparition de nouveau variants.</li> </ul>
V 9.0	2021-11-18	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ajouts et bonification de libellées dans l'ensemble du document : 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 ».</li> </ul>
V 8.1	2021-06-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Remplacement du terme variant sous surveillance rehaussée par variant préoccupant.</li> </ul>

<b>Version</b>	<b>Date</b>	<b>Modifications</b>
V 8.0	2021-05-13	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ajouts et modifications dans les définitions, ajout de sections : vaccinations TdeS, hygiène des usagers, bonifications 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</li> </ul>
V 7.0	2020-01-07	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ajouts et modification des définitions, ajout de sections : port du masque chez l'utilisateur, port du masque chez le TdeS, équipement de soins et hygiène et salubrité (section cohorte de cas), bonification : des recommandations d'hébergement lors de précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant protection oculaire, du temps d'attente des changements d'air post IMGA et des activités thérapeutiques, ajout d'une recommandation sur la densité d'utilisateur confirmé COVID-19 dans une cohorte</li> </ul>

# Comité sur les infections nosocomiales du Québec

## **MEMBRES ACTIFS**

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

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

Karine 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  
Institut national de santé publique du Québec

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

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

Jean-François Laplante (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

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

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

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

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

Patrice Savard  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## **MEMBRES D'OFFICE**

Patricia Hudson  
Dominique Grenier  
Direction des risques biologiques  
Institut national de santé publique du Québec

## **MEMBRES DE LIAISON**

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

## **INVITÉS PERMANENTS**

Bruno Dubreuil  
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

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

# SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée

---

## AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers  
Suzanne Leroux, conseillère en soins infirmiers  
Direction des risques biologiques

## SOUS LA COORDINATION

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

## AVEC LA COLLABORATION DE

Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers  
Annick Boulais, conseillère en soins infirmiers  
Direction des risques biologiques

Karine Boissonneault, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

## MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative  
Direction des risques biologiques

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 2910