Émission :	14-10-2021	Mise à jour :	27-10-2022

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle

DGAUMIP-038.REV5

Catégorie(s) :
- ✓ Centre hospitalier
- ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Ajustement des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) COVID-19 en centre hospitalier

Remplace la révision 4 émise le 07 octobre 2022

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)**

Destinataire :	Tous les établissements publics du RSSS :
	– Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG);
	– Présidents-directeurs généraux adjoints et directeurs généraux adjoints;
	– Directeurs des services professionnels;
	– Directrices des soins infirmiers (DSI);
	– Directeurs des services multidisciplinaires (DSM);
	– Gestionnaires des :
	  – Urgences;
	  – Unités de soins;
	  – Services ambulatoires;
	  – Cliniques externes;
	– Responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Directive

Objet :	La présente mise à jour vise à clarifier que le dépistage de la COVID-19, pour les patients devant subir une chirurgie, peut être effectué jusqu'à 72 heures avant l'heure prévue de la chirurgie s'ils sont asymptomatiques. Elle vise aussi à réduire le délai entre un épisode de COVID-19 et la date prévue de chirurgie selon certaines conditions. Cette directive tient compte des recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et des directives de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Ce document a pour objectif de regrouper les principales directives à suivre en milieu hospitalier (urgence, hospitalisation et ambulatoire/cliniques spécialisées) pour soutenir les gestionnaires et les intervenants responsables de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) liées à la COVID-19.
Mesures à implanter :	✓ Application des mesures présentées dans ce document.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

Notes importantes : Ces mesures visent à trouver un équilibre entre la reprise souhaitée des services essentiels, l'utilisation efficiente des ressources, le maintien de soins de qualité et la gestion du risque lié à la COVID-19.

Direction ou service ressource :	Direction des services hospitaliers (DSH) Direction des services d'urgence et de la fluidité (DSUF) Direction de l'accès aux services médicaux spécialisés (DASMS) dgaumip@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	S/O

Nous ne pouvons vous garantir que vous avez en main la dernière version de la présente directive. Pour consulter les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, visitez le : msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par

Directive

Ce document présente les ajustements aux directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) quant aux mesures de prévention et de gestion de la COVID-19. Plusieurs des ajustements proposés sont basés sur les recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), comme celles inscrites dans le document SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins (excluant les milieux de soins de longue durée) | INSPQ.

Plus précisément, ce guide aborde l'ajustement des mesures pour les activités de courte durée dans les **centres hospitaliers**.

Ce document a pour objectif de regrouper les principales directives à suivre en milieu hospitalier (urgence, hospitalisation et ambulatoire/cliniques spécialisées) pour soutenir les gestionnaires et les intervenants responsables de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) liées à la COVID-19. Les gestionnaires doivent également s'assurer de conserver une flexibilité dans l'application des mesures, dans l'éventualité où de nouveaux variants plus transmissibles arriveraient.

Les directives spécifiques aux secteurs ambulatoires et aux unités hospitalières spécialisées, par exemple, les directives en cancérologie, continuent de s'appliquer. Compte tenu de la vulnérabilité de ces patients, des mesures plus strictes que celles énoncées dans ce document peuvent s'appliquer dans certains cas.

Pour obtenir l'ensemble des recommandations de l'INSPQ entrées en vigueur, il est possible de consulter les documents disponibles au lien suivant : COVID-19 : Prévention et contrôle des infections |INSPQ. Pour obtenir des informations supplémentaires sur les directives ministérielles, consulter le site Web du MSSS.

Les ajustements proposés dans ce document ont été déterminés au regard de la situation épidémiologique au Québec, le taux élevé de vaccination, le nombre de personnes ayant acquis une immunité lors d'une infection antérieure, les recommandations de l'INSPQ et de la CNESST, les données probantes issues d'autres pays comparables ainsi que les impacts significatifs des mesures actuelles sur l'utilisation efficiente des ressources. Il est également important de préciser que lorsque des directives sont émises par l'INSPQ et la CNESST, d'un point de vue légal, celles de la CNESST ont préséance.

Les instances suivantes au MSSS ont été consultées lors de la rédaction de ce document :

- Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation en santé et services sociaux;
- Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre (DGGMO) — Direction de l'expérience employé;
- Direction générale adjointe de la coordination réseau;
- Direction générale adjointe de la protection de la santé publique — Direction de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses (DPCMI).

Émission :	14-10-2021	Mise à jour :	27-10-2022

Certains éléments du contenu pourraient être modifiés à la suite de cette mise à jour.

Faits saillants (vous trouverez les détails dans ce document) :

- La directive présente les pratiques PCI recommandées pour les centres hospitaliers. Par ailleurs, des assouplissements pourraient être effectués localement après consultation de l'équipe PCI selon le contexte local dans une perspective de gestion des risques.
- **La notion de centre désigné COVID-19 a été retirée**. Les usagers atteints de la COVID-19 doivent être pris en charge dans leur installation. Les cas complexes requérant des soins intensifs peuvent être dirigés vers les centres de référence (voir Plan de suivi des centres hospitaliers en contexte de COVID-19).
- La notion de « zone » de traitement (chaude, tiède ou froide) peut se limiter à l'espace patient (comme pour toute autre maladie infectieuse). L'espace patient est défini comme étant minimalement une pièce fermée, une chambre individuelle avec toilette individuelle ou un rayon de 2 mètres autour de l'usager. Il est néanmoins recommandé, lorsque pertinent, de regrouper les usagers confirmés et de séparer les usagers suspectés/exposés dans des aires distinctes réservées pour ces cas dans une perspective de gestion de risques.
- Réouverture des chambres à 2, 3 ou 4 pour certains types de clientèle.
- La mobilité des travailleurs de la santé (TdeS) à l'intérieur d'un même centre hospitalier doit être possible entre les usagers, et ce, sans quarantaine ni autre mesure systématique de retrait. Néanmoins, dans la mesure du possible, des TdeS peuvent être dédiés aux usagers suspectés ou confirmés si le volume de cas le justifie ou en cas d'éclosion importante.

Mesures PCI et d'isolement	
Critères d'isolement	▶ Les usagers qui se présentent à l'urgence ou qui sont admis par un autre mécanisme d'entrée à l'hôpital doivent répondre à un questionnaire afin d'évaluer le risque infectieux et d'appliquer les mesures d'isolement appropriées en lien avec la COVID-19 (voir ANNEXE1 pour le détail des admissions). ▶ **La détermination du statut infectieux des usagers doit être la même pour le secteur de l'urgence et des unités de soins**. Ainsi, l'isolement requis doit se baser sur l'évaluation des critères d'exposition, de l'immunité acquise lors d'une infection antérieure et de la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19. Se référer aux outils suivants : • Algorithme de triage : Outil décisionnel pour l'infirmière au triage à l'urgence; • ANNEXE1 : Orientation EN CENTRE HOSPITALIER selon la présence de symptômes et de critères d'exposition; • Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins de l'INSPQ.
Port du masque médical par les usagers	▶ Un masque médical ASTM de niveau 1 est recommandé. Le niveau de la norme ASTM 1, 2 ou supérieur doit être bien indiqué sur la boite. ▶ Pour les usagers hospitalisés ou installés sur civière : • Port du masque médical ASTM de niveau 1 en tout temps lorsque l'usager se trouve à moins de 2 mètres de toute autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur, accompagnateur, personne proche aidante, etc.), dans tous les secteurs offrant des soins sans égard à la zone où il se trouve (froide, tiède ou chaude); • Pour les usagers partageant un espace commun (ex. : civière avec rideau ou chambre multiple), une barrière physique telle qu'un rideau séparateur permet à l'usager de ne pas porter le masque médical en tout temps. Cependant, l'usager devra porter le masque dès qu'il doit quitter son espace patient (ex. : pour aller à la salle de bain, etc.). ▶ Pour les usagers en services ambulatoires (ex. : urgence, cliniques externes, médecine de jour, etc.) : • Port du masque médical ASTM de niveau 1 en tout temps dans tous les secteurs offrant des soins sans égard à la zone où il se trouve (froide, tiède ou chaude). ▶ Pour la clientèle pédiatrique : • Usager de 10 ans et plus : port du masque médical selon les consignes en vigueur pour la clientèle adulte; • Usager de 2 à 9 ans : le port du masque médical ASTM de niveau 1 est recommandé si toléré; • Usager de moins de 2 ans : le port du masque médical n'est pas recommandé. ▶ Pour les femmes enceintes, le port du masque est recommandé, si toléré ▶ Pour les exceptions reliées au port du masque médical : se référer à la directive DGCRMAI-007 (Directive en lien avec le port du masque médical par l'usager et autres personnes à l'intérieur des milieux de vie et de soins à partir du 14 mai 2022).
Pratiques de base PCI en contexte COVID	▶ Hygiène des mains en entrant et en sortant de l'espace dédié patient et à tout autre moment opportun. ▶ Il est primordial d'assurer le respect rigoureux des mesures de PCI (voir section *Équipement de protection individuelle*). ▶ Retirer les objets non nécessaires des aires communes (ex. : dépliants, jouets, revues, bibelots, etc.). ▶ Limiter la quantité de matériel de soins dans les salles à l'essentiel (le matériel se trouvant dans les salles devrait être dans des armoires fermées). ▶ Restreindre au minimum le nombre de personnes présentes dans les salles d'attente et la circulation des accompagnateur(s). ▶ Assurer 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.

Hébergement en centre hospitalier	▶ La notion de « zone » (chaude, tiède ou froide) peut se limiter à l'espace patient (comme pour toute autre maladie infectieuse). L'espace patient est défini comme étant minimalement une pièce fermée (tels une chambre ou un cubicule) ou un rayon de 2 mètres autour de l'usager. Il demeure recommandé, lorsque pertinent, de regrouper les usagers confirmés (TAAN ou TDAR avec histoire fiable, voir définition des cas COVID-19 : https://www.inspq.qc.ca/publications/3212-definitions-pci-milieux-soins et https://www.inspq.qc.ca/publications/3190_prevention-controle-infections-tdar-milieux-soins) et de séparer les usagers suspectés/exposés (avec critères d'exposition) dans des aires distinctes réservées pour ces cas dans une perspective de gestion de risques (cohorte pour les usagers confirmés, les usagers suspectés/exposés peuvent être regroupés dans un même secteur). Pour les détails liés aux cohortes, se référer à la section « Option d'hébergement » du document suivant : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins (excluant les milieux de soins de longue durée) | INSPQ. ▶ Dans une cohorte de cas suspectés de COVID-19 ou une cohorte d'usagers asymptomatiques ayant des critères d'exposition (exposés), l'ÉPI doit être changé entre chaque usager selon les recommandations de l'INSPQ : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée (inspq.qc.ca). ▶ Cohorte de cas confirmés : 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 utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'usager (si impossible, dédier l'équipement à la cohorte ex. : un *bladder scan*). Si l'équipement doit être sorti de la chambre, une désinfection de l'équipement doit être réalisée entre chaque usager. ▶ Compte tenu des nouvelles directives sur l'isolement présentées dans cette mise à jour, **il n'est pas nécessaire de conserver une zone tiède ou une zone chaude dans l'installation si elle n'est pas utilisée.** L'important est de prévoir des modalités afin que celles-ci soient remises en place sans délai si la situation épidémiologique l'exige (incluant la disponibilité des EPI).
Intervention médicale générant des aérosols (IMGA)	▶ Avant la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) à risque reconnu ou possible pour un usager suspecté/exposé ou confirmé de la COVID-19 (urgence, cliniques externes, ambulatoire, hospitalisation, etc.) : • S'il n'y est pas déjà hospitalisé, l'usager doit être transféré immédiatement dans une chambre individuelle à pression négative. Si celle-ci n'est pas disponible, transférer l'usager dans une pièce fermée et maintenir la porte fermée en tout temps; • Si IMGA urgente à l'unité de soins (ex. : réanimation cardio-respiratoire), sortir les autres usagers de la chambre; • Un temps d'attente est également nécessaire selon le nombre de changements d'air à l'heure (se référer à la norme CSA Z317.2 : F19 pour de plus amples détails sur le nombre de changements d'air à l'heure recommandé par type de salle). ▶ Pour les modalités d'application, se référer aux documents suivants : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins (excluant les milieux de soins de longue durée) | INSPQ et Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés COVID-19. ▶ Concernant les ÉPI requis selon le type de clientèle, se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST (voir question : Équipements de protection minimalement requis pour les TdeS).
Dépistage avant une procédure de scopie	▶ Le dépistage n'est pas obligatoire à l'exception des procédures de bronchoscopie
Dépistage avant une chirurgie au bloc opératoire	▶ Le dépistage des patients asymptomatiques peut être effectué jusqu'à 72 heures avant l'heure prévue de la chirurgie.
Délai entre un épisode de COVID-19 et la date prévue de chirurgie	▶ Un patient ayant été infecté à la COVID-19 peut subir la chirurgie après la période infectieuse de 10 jours, sauf si : ○ Il a présenté des symptômes sévères en lien avec son infection à la COVID-19 ○ L'évaluation finale du clinicien responsable prévoit un délai supplémentaire
Affichage	▶ Afficher, dans un endroit stratégique, les mesures à appliquer dès l'entrée des usagers et accompagnateurs dans le milieu de soins, particulièrement à l'urgence et dans les cliniques ambulatoires, et s'assurer que les affiches sont compréhensibles par la majorité de la population (ex. : pictogrammes). Se référer aux recommandations du MSSS concernant l'affichage. ▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres, les lits (si chambre multiple) ou les secteurs où sont hospitalisés des usagers suspectés/exposés ou confirmés de COVID-19 (ex. : affiche, code de couleurs, etc.). Installer des affiches avisant de l'éclosion à l'entrée de l'unité et/ou de l'installation. ▶ S'assurer que le personnel d'hygiène et salubrité est formé et qu'il connaît les principes et méthodes de travail en hygiène et salubrité.
Hygiène et salubrité	▶ Nettoyage et désinfection selon les recommandations de l'INSPQ et du MSSS. ▶ Effectuer des audits en hygiène et salubrité selon le Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité — Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca). ▶ Désinfection pluriquotidienne à faire selon la Directive sur la fréquence de nettoyage et de désinfection dans un contexte de pandémie de COVID-19 (gouv.qc.ca). ▶ Désinfection quotidienne : • Technique de désinfection : — Type de précautions : gouttelettes-contact; • Technique de désinfection — Type de précautions : aériennes-contact. ▶ Désinfection terminale : • Technique de désinfection terminale — Type de précautions : gouttelettes-contact; • Technique de désinfection terminale — Type de précautions : aériennes-contact; • Se référer aux recommandations en hygiène et salubrité de l'INSPQ.
Visiteurs et proches aidants	▶ Se référer aux directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier. ▶ Concernant le port du masque médical : se référer à la directive DGCRMAI-007 (Directive en lien avec le port du masque médical par l'usager et autres personnes à l'intérieur des milieux de vie et de soins à partir du 14 mai 2022).

Gestion des travailleurs de la santé	
Mobilité des TdeS à l'intérieur d'un même centre hospitalier (appliquer les mesures en vigueur en cancérologie)	**Mobilité entre les espaces patients (chambres ou cohortes) chauds, tièdes et froids :** ▶ La mobilité des TdeS est possible dans un même centre hospitalier entre les usagers, et ce, sans quarantaine ni autre mesure systématique de retrait (en cas d'exposition sans port adéquat de l'ÉPI, se référer à la section *Travailleurs de la santé symptomatiques ou avec critères d'exposition.* ▶ Si le nombre de cas le justifie, il est recommandé de dédier des TdeS aux usagers suspectés/exposés ou aux usagers confirmés dépendamment de la situation.
Distanciation physique	▶ Se référer aux recommandations de la CNESST concernant la distanciation physique entre les TdeS et la gestion des aires communes.
Travailleurs de la santé symptomatiques ou avec critères d'exposition	▶ Pour les TdeS exposés, symptomatiques ou confirmés en contact avec les usagers, se référer à la Directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. ▶ Se référer aux directives du MSSS concernant les dépistages systématiques des TdeS : Directive sur les modalités du décret concernant la vaccination et le dépistage obligatoire des intervenants de la santé et des services sociaux, ainsi que l'accès des autres personnes aux milieux visés — Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca).
Équipement de protection individuelle (ÉPI)	▶ Le TdeS doit continuer de respecter toutes les mesures de PCI ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut immunitaire. ▶ Se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST concernant les ÉPI requis et les changements d'ÉPI. Se référer également à la question : Questions et réponses – COVID-19 | Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST (gouv.qc.ca). ▶ Il est primordial dans ce contexte que les étapes requises pour revêtir et retirer les ÉPI soient connues de tous les intervenants et que la formation soit maintenue et encouragée.

Urgence	
Accueil, salle d'attente et triage	▶ Filtrage réduit à trois critères dès l'arrivée (évaluation rapide) : • La présence de symptômes; • La personne est en isolement ou a un critère d'exposition en lien avec la COVID-19 (ex. : contact de cas, exposition à un milieu où il y a de la transmission active, attente de résultat); • La personne a reçu un résultat de test de dépistage positif dans les 21 derniers jours. Le filtrage ne devrait pas être réalisé par une infirmière ou une infirmière auxiliaire (privilégier, par exemple, un agent de sécurité). ▶ Orienter les usagers suspectés/exposés ou confirmés et les usagers non suspectés (se référer à l'outil de triage pour la détermination du risque infectieux) vers des aires d'attente distinctes, réservées pour ces usagers, en maintenant les mesures suivantes : • Port d'un nouveau masque de qualité médicale obligatoire pour les usagers et leurs accompagnateurs. Se référer à : SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins | INSPQ; • Barrière physique entre chacun des sièges (ex. : plexiglas) ou distance de 2 mètres entre chaque siège. ▶ Triage de tous les usagers fait par une infirmière : • Maintien des mesures de base mentionnées au point précédent; • **Pour la protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton ou APR ayant une protection oculaire intégrée) et l'utilisation d'un APR de type N95 ou offrant une protection supérieure, se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST**; • Prise en charge d'un usager suspecté/exposé ou confirmé : ○ Effectuer le triage dans une salle avec porte fermée, si disponible, ou à deux mètres des autres usagers ou avec séparation par une barrière physique; ○ L'usager et son accompagnateur doivent porter un masque de qualité médicale en tout temps; Si le volume le justifie, des salles de triage peuvent être dédiées spécifiquement pour la clientèle suspectée/exposée et confirmée.
Aire ambulatoire de l'urgence	▶ Salles ambulatoires et zone d'évaluation rapide (ZER) : • Application des mêmes mesures que celles du triage, telle que mentionnées dans la section *Accueil, salle d'attente et triage*. Si le volume le justifie, certaines salles ambulatoires peuvent être dédiées spécifiquement pour la clientèle suspectée/exposée et confirmée.
Aire de civières	▶ Prise en charge des usagers non suspectés : • Port du masque de qualité médicale obligatoire pour les usagers et leurs accompagnateurs. Se référer à : SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins | INSPQ; • **Pour la protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton ou APR ayant une protection oculaire intégrée) et l'utilisation d'un APR de type N95 ou offrant une protection supérieure, se référer aux recommandations de la CNESST**; • Barrière physique entre les civières (ex. : rideau) ou distance de 2 mètres entre chacune des civières. ▶ Prise en charge des usagers suspectés/exposés ou confirmés : En plus des précautions précédemment mentionnées, • L'usager et son accompagnateur doivent porter un masque de qualité médicale (se référer à la section *Mesures PCI et d'isolement* concernant les normes entourant le port du masque); • Privilégier les chambres fermées à l'urgence pour les usagers confirmés ou suspectés/exposés (sinon, ils doivent être installés à plus de 2 mètres des autres usagers ou en être séparés par une barrière physique). **Lorsque des usagers sont contraints d'être installés au corridor, le gestionnaire des lits, en partenariat avec l'équipe locale de PCI, doit revoir la gestion du risque pour l'ensemble de l'installation afin de limiter les**

	risques de transmission du virus. Une attention particulière doit être portée chez la clientèle immunosupprimée sévère considérant le contexte épidémiologique actuel; • L'usager confirmé ou suspecté/exposé et son accompagnateur doivent rester dans son espace dédié, sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués sur place.

Cliniques externes et services ambulatoires *Pour tous les détails des recommandations en cliniques externes et services ambulatoires, se référer à l'INSPQ-CLE.	
Accueil, salle d'attente, triage	**Prétriage téléphonique ou questionnaire électronique** ▶ Si possible et en fonction des différents milieux, un prétriage téléphonique est recommandé afin d'évaluer la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ou de critères d'exposition (ex. : contact) chez l'usager et son accompagnateur. **Triage** ▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour évaluer la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ou de critères d'exposition (ex. : contact) chez l'usager et son accompagnateur et isoler rapidement un usager pouvant être infecté par la COVID-19 lors du triage. ▶ Port d'un nouveau masque médical par les usagers et leur(s) accompagnateur(s). Se référer à : SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins | INSPQ. ▶ Pour la protection oculaire et le port d'un masque de qualité médicale ou d'un APR par les TdeS, se référer aux recommandations de la CNESST. **Salle d'attente** ▶ Déterminer à l'avance le nombre maximal d'usagers pouvant être accueillis dans la salle d'attente afin de respecter le principe de distanciation physique. Si impossible de limiter le nombre de personnes dans la salle d'attente, installer une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas) entre chaque chaise. ▶ Identifier les aires d'attente réservées aux usagers non suspectés, suspectés/exposés et confirmés ; ces aires doivent se situer à 2 mètres ou plus de l'aire d'attente des autres usagers ou en être séparées par une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas). ▶ Port d'un nouveau masque médical obligatoire pour les usagers et leur(s) accompagnateur(s). Se référer à : SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins | INSPQ.
Salle d'examen	▶ Pour la protection oculaire et le port d'un masque de qualité médicale ou d'un APR par les TdeS, se référer aux recommandations de la CNESST. ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce. ▶ Installer une paroi de plexiglas entre le TdeS et l'usager si le port du masque et la distance de 2 mètres ne peuvent être appliqués lors de l'intervention (ex. : orthophoniste).

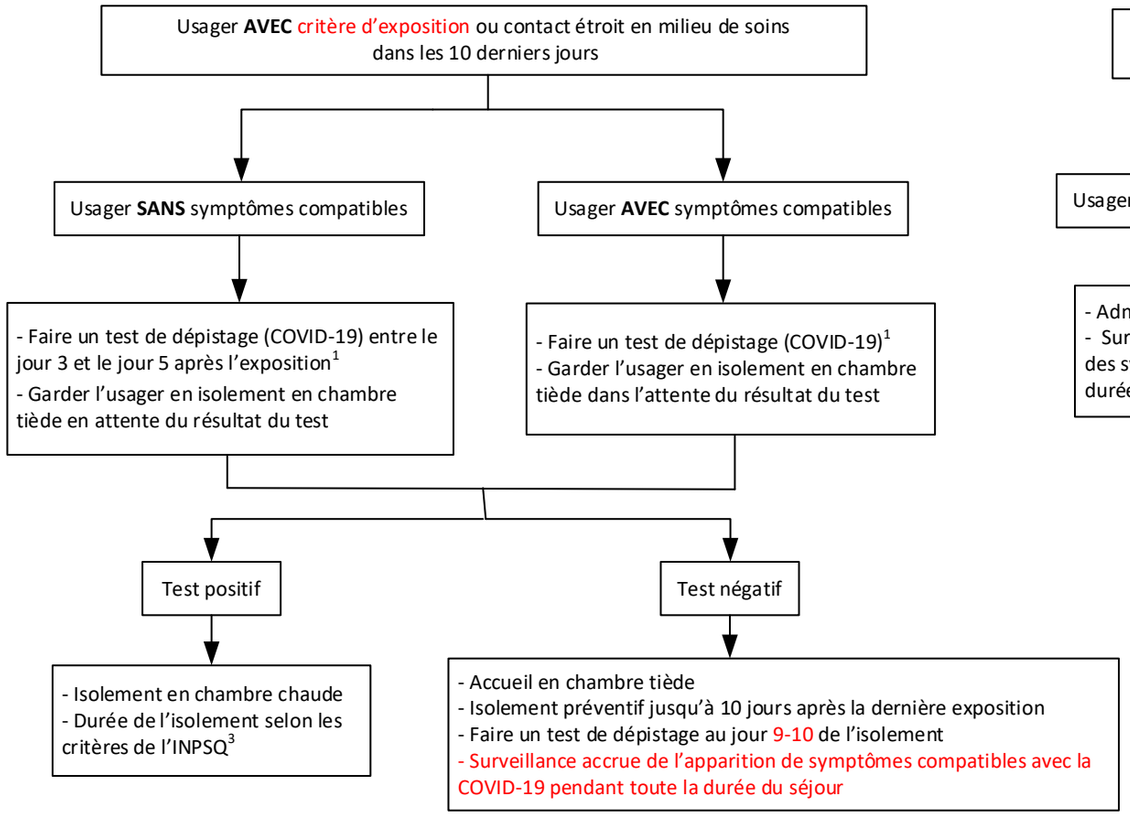
Modalités d'hospitalisation	
Généralités	**La notion de centre désigné COVID-19 a été retirée. Les usagers COVID-19 doivent être pris en charge dans leur installation.** Les options d'hospitalisation en soins aigus sont établies par le MSSS, et il revient à chaque installation de décider du scénario qu'elle adoptera selon la situation clinique de l'installation (espace patient limité à la chambre versus cohorte d'usagers). Des mesures spécifiques de PCI doivent être mises en application en fonction de l'option choisie. ▶ Il est possible de regrouper les usagers confirmés et de séparer les usagers suspectés/exposés dans des aires distinctes réservées pour ces cas dans une perspective de gestion de risques, selon le contexte. ▶ Pour les unités d'hospitalisation d'hémato-oncologie, de greffe et de thérapie cellulaire, la notion de « zone froide/sancturée » continue de s'appliquer à toute l'unité, incluant les corridors et les postes de travail. Aucun usager, visiteur ou membre du personnel suspecté/exposé ou confirmé ne doit circuler dans ces espaces. Se référer aux directives spécifiques à la cancérologie. ▶ Si l'usager confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle : • Maintenir une distanciation physique d'au moins 2 mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) dans l'attente du transfert en chambre individuelle; • Se référer à l'équipe PCI et aux documents suivants : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins (excluant les milieux de soins de longue durée) | INSPQ; • Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette (ou chaise d'aisance) dédiée pour chaque usager; • Faire porter un masque médical à l'usager infecté en tout temps en attente de son transfert ainsi qu'aux autres usagers qui partagent la même chambre.
Isolement des usagers suspectés/exposés ou confirmés et prise en charge des usagers non suspectés	**Se référer à l'algorithme en ANNEXE1 pour les directives concernant le dépistage requis et l'admission des usagers (en collaboration avec les équipes locales de PCI). Les usagers nécessitant un dépistage ne devraient pas demeurer à l'urgence en attente de leur résultat si une chambre est disponible, mais plutôt être admis à l'unité de soins avec les précautions additionnelles requises (chambre tiède).** **Prise en charge des usagers confirmés de COVID-19** ▶ Accueil en chambre individuelle avec toilette individuelle ou en cohorte. Lorsqu'il y a une éclosion, il faut considérer la mise en place d'une cohorte comme pour d'autres agents pathogènes, par exemple le *Clostridioides difficile* ou l'*Entérococoque résistant à la vancomycine* (ERV). Une cohorte peut être gérée sur une unité sans qu'il y ait nécessité de la fermer en s'assurant que les mesures PCI sont bien appliquées et respectées. ▶ Se référer aux recommandations pour la prise en charge des usagers confirmés installés sur civière à l'urgence. ▶ L'usager confirmé doit rester dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée (ou chaise d'aisance dédiée), sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués à sa chambre. ▶ Porter une attention particulière aux conjoints et aux parents qui passent plusieurs heures ou qui demeurent en tout temps dans le milieu de soins avec l'usager (ex. : personnes significatives d'un enfant dans le secteur pédiatrique ou d'une femme enceinte hébergée dans un secteur Mère-Enfant).

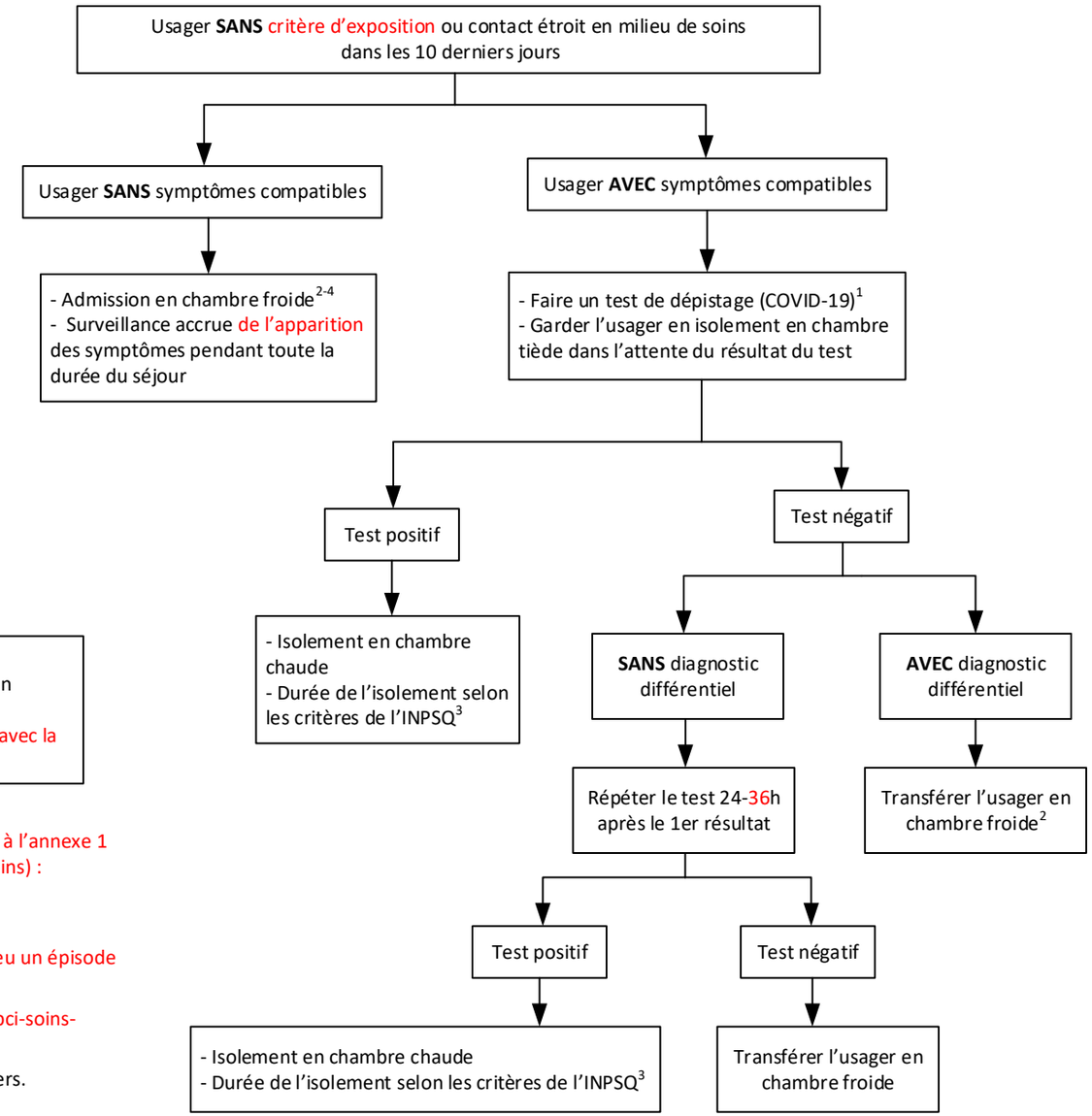
	▶ Levée de l'isolement en fonction des critères déterminés par l'INSPQ (se référer au document suivant : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée). **Prise en charge des usagers suspectés/exposés de COVID-19** ▶ Privilégier l'isolement en chambre individuelle avec toilette dédiée. ▶ Se référer aux recommandations pour la prise en charge des usagers suspectés/exposés installés sur civière à l'urgence, plus haut. ▶ Voir Annexe 1 concernant les dépistages requis. **Prise en charge des usagers NON suspectés** ▶ Se référer aux recommandations pour la prise en charge des usagers non suspectés installés sur civière à l'urgence, plus haut. ▶ Voir Annexe 1 concernant les dépistages requis. **Pour la clientèle gériatrique isolée :** chacun des centres hospitaliers soutient et intensifie l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et débute des actions afin de favoriser le recouvrement ou le maintien des capacités fonctionnelles par la réadaptation à domicile ou en milieux hospitaliers. Les établissements assurent une vigie et un suivi pour augmenter l'intensité et les actions requises selon l'AAPA. Considérants le nombre de lits disponibles en CH, les équipes de réadaptations soutiennent et entreprennent les actions requises pour maintenir ou assurer l'intensité et favoriser un suivi précoce permettant de diminuer la DMS dans les lits de réadaptation. Se référer aux Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie.
Utilisation des chambres multiples	**Utilisation des chambres multiples pour la clientèle avec primovaccination complète ou épisode récent de COVID- 19 dans les deux derniers mois (voir définition : https://www.inspq.qc.ca/publications/3212-definitions-pci-milieux-soins).** ▶ Maintien de chambres individuelles pour les clientèles immunosupprimées sévères. Se référer, si applicable, aux directives en cancérologie. Avant l'admission en chambre multiple, une évaluation du risque chez l'usager doit être réalisée en collaboration avec le service PCI et selon les dispositions locales. Si présence d'une bactérie multirésistante (ex. : ERV, SARM, BGNMR, etc.) ou d'une suspicion d'un autre agent infectieux (ex. : influenza, SAG, etc.), des précautions additionnelles s'appliquent selon les protocoles de l'installation. ▶ Utilisation des chambres à 2, 3 ou 4 : Pour les usagers si les trois conditions suivantes sont respectées : • Usager asymptomatique **OU** ayant un diagnostic différentiel en présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (c'est-à-dire un diagnostic qui vient expliquer la présence de symptômes s'apparentant aux symptômes de la COVID-19); • Test de dépistage COVID-19 négatif si requis (voir Annexe 1); • Usager sans critère d'exposition dans les 10 derniers jours ni contact étroit en milieu de soins (voir définition : https://www.inspq.qc.ca/publications/3212-definitions-pci-milieux-soins). Exceptionnellement et en accord avec le service de PCI local, on pourrait accepter un usager sans critère d'exposition dans les sept derniers jours ni contact étroit en milieu de soins. ▶ Dans tous les cas, le maintien des mesures suivantes est essentiel : • Séparation physique entre les usagers (ex. : rideau); • Nettoyage et désinfection usuelle par le personnel d'hygiène salubrité. Assurer de la plurifréquence. Se référer à : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée (inspq.qc.ca); • Maintien des recommandations pour la prise en charge des usagers non suspectés/exposés (voir section précédente); • Surveillance accrue de l'apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19 pendant toute la durée du séjour. **Réouverture des chambres multiples pour des cohortes (ex. : cohorte chaude)** ▶ Pour les usagers confirmés, se référer aux recommandations des sections précédentes et voir https://www.inspq.qc.ca/publications/3190_prevention-controle-infections-tdar-milieux-soins. Avant l'admission en chambre multiple, une évaluation du risque chez l'usager ainsi que pour l'ensemble de l'installation doit être réalisée en collaboration avec le service PCI et selon les dispositions locales. ▶ Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle) pour chaque usager. ▶ Si possible, il est conseillé d'éviter d'héberger plus de deux cas confirmés de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'usagers). Exceptionnellement et en accord avec le service de PCI local, le nombre pourrait passer à quatre.

Gestion de l'unité en éclosion *Pour la définition et la plus récente mise à jour des recommandations, se référer à : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins (excluant les milieux de soins de longue durée) | INSPQ	
Mesures à appliquer	▶ Respect des mesures de PCI lors de contact avec les usagers confirmés ou suspectés/exposés (référées aux sections précédentes). ▶ Activation du comité et du plan de gestion d'éclosion et signalement de l'éclosion à la Direction de la santé publique selon les modalités convenues.
Isolement des cas positifs ou suspectés/exposés	▶ Dans le cas de plusieurs (2 et +) cas positifs et/ou suspectés/exposés, il est recommandé de regrouper les usagers dans le même secteur. Des cohortes peuvent être mises en place en séparant les usagers suspectés/exposés des usagers confirmés : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins (excluant les milieux de soins de longue durée) | INSPQ. ▶ Bien que la notion de zone de traitement (chaude, tiède ou froide) devrait être limitée à l'espace patient, il est toujours possible et même encouragé d'instaurer des cohortes chaudes ou tièdes lorsque le nombre d'usagers le justifie.
Dépistage	▶ Le dépistage auprès des TdeS et des usagers doit se faire selon l'enquête épidémiologique. Se référer à : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins (excluant les milieux de soins de longue durée) | INSPQ et aux directives du MSSS.
Admissions	▶ Admission selon les modalités locales sur une unité en éclosion de COVID-19. ▶ Admission de la clientèle avec primovaccination complète ou épisode récent de COVID-19 dans les deux derniers mois (voir définition : https://www.inspq.qc.ca/publications/3212-definitions-pci-milieux-soins) est possible dans une chambre froide ou tiède sur l'unité de soins en éclosion. ▶ Ne pas admettre un usager non atteint de la COVID-19 dans une cohorte chaude. Admettre uniquement des cas confirmés de COVID-19 par TAAN ou par TDAR avec histoire fiable sur l'exposition, les symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 et la date de test, s'il y a lieu. Voir https://www.inspq.qc.ca/publications/3190_prevention-controle-infections-tdar-milieux-soins ▶ Respecter l'admission des usagers en fonction des critères de chacune des cohortes. ▶ Informer les nouveaux usagers ou leurs représentants légaux de la situation ainsi que des mesures de PCI à respecter. ▶ En tout temps, admission d'usagers rétablis possible sur une unité en éclosion (selon le type de variants en circulation : considérer comme rétablis du variant Omicron les usagers ayant eu un résultat positif dans les deux derniers mois).
Transferts inter établissements	▶ Si le transfert d'un usager de l'unité en éclosion est requis en fonction de sa condition clinique, aviser le centre receveur de l'éclosion en cours[1]. ▶ Se référer à la directive DGCRMAI-004 en vigueur : Directive concernant la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie, réadaptation et d'hébergement.
Suspension, fermeture et réouverture d'une unité aux admissions et transferts intraétablissements	▶ La décision de fermer une unité aux admissions ou de suspendre les transferts doit être prise par le comité local de gestion d'éclosion. ▶ Étant donné les ajustements indiqués précédemment pour la gestion d'une unité en éclosion, la suspension ou fermeture d'une unité devrait être exceptionnelle et réévaluée quotidiennement par le comité de gestion d'éclosion. ▶ Avant la réouverture de l'unité, effectuer un nettoyage et une désinfection selon les recommandations de l'INSPQ et du MSSS. ▶ Il est à noter que la fermeture d'une unité aux admissions n'implique pas nécessairement la suspension des transferts à partir de l'unité en éclosion vers une autre unité ou vers un autre milieu de soins lorsque médicalement requis. Si un transfert est requis, se référer à la section « Déplacements et circulation de l'usager durant l'isolement » du document Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins (inspq.qc.ca), section : Transfert interétablissements et entre unités. ▶ Informer le MSSS (Direction des services hospitaliers (DSH) et la Direction générale adjointe de la coordination réseau (DGACR)) lors de la fermeture et de la réouverture d'unité.

[1] SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée (inspq.qc.ca)

ANNEXE 1 : Orientation EN CENTRE HOSPITALIER selon la présence de symptômes et de critères d'exposition (excluant les admissions via le bloc opératoire)





1. Pour les usagers ayant eu un épisode de COVID-19 confirmé dans les 2 derniers mois par TAAN ou TDAR (se référer à l'annexe 1 du document de l'INSPQ: https://www.inspq.qc.ca/publications/3190_prevention-controle-infections-tdar-milieux-soins) :
   - Si **asymptomatique**: Ne pas tester et diriger en chambre froide.
   - Si **symptomatique**: Évaluer la nécessité de dépister. Si dépistage effectué, poursuivre l'algorithme.
2. Ces usagers peuvent être installés dans une chambre multiple s'ils ont une primovaccination complète ou s'ils ont eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN ou TDAR dans les 2 derniers mois.
3. Pour les critères de levée d'isolement des cas confirmés, se référer à https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19
4. En présence d'une forte transmission communautaire, l'équipe de PCI peut recommander le dépistage de ces usagers.

Définitions relatives à l'Annexe 1

Définitions concernant le statut de protection contre l'infection, les critères d'exposition et les contacts étroits et élargis en milieu de soins :
https://www.inspq.qc.ca/publications/3212-definitions-pci-milieux-soins.

Symptômes compatibles à la COVID-19 :
https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/symptomes-transmission-traitement#c79519.

COVID-19 : Fiche épidémiologique et clinique (inspq.qc.ca)