

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins

AVIS INTÉRIMAIRE

À noter que cet avis porte sur les évidences scientifiques disponibles en date dudit avis
3 décembre 2020 – Version 2.0

- ▶ Les 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) pour prévenir une éclosion ou en présence d'une éclosion dans les différents milieux de soins.
- ▶ **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.
- ▶ Présentement, il est difficile de préciser la meilleure séquence de toutes les options possibles ou même s'il en existe une. Le document présente donc un ensemble de modalités qui peuvent être adaptées en fonction de la situation et du type de milieu concerné. Les équipes doivent donc être très à l'aise d'adapter les mesures selon la situation.
- ▶ Les recommandations feront l'objet d'une révision constante en fonction de l'évolution des connaissances.

Lorsqu'un cas de COVID-19 est suspecté ou confirmé chez un travailleur de la santé (TdeS) ou un usager dans une installation ou sur une unité de soins, la rapidité d'intervention permet d'évaluer le potentiel de transmission, la gravité de la situation et d'instaurer les mesures requises afin de limiter l'ampleur de la transmission.

Ce document fournit les recommandations destinées aux installations de soins de courte durée, aux installations de réadaptation, aux installations de santé mentale, aux installations ayant une mission d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi qu'aux autres ressources d'hébergement de ce type (ex. : unité de soins de longue durée dans une résidence privée pour aînés) pour prévenir et contrôler les éclosions de SRAS-CoV-2. Il comprend trois grandes sections :

- ▶ Section 1 : Préparation et prévention des éclosions
- ▶ Section 2 : Gestion d'une éclosion
- ▶ Section 3 : Gestion de fin d'une éclosion

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances provinciales, nationales et internationales reconnues concernant le SRAS-CoV-2. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur ce virus et sur l'efficacité des mesures préventives.

Ce document doit se lire de façon complémentaire aux documents de l'INSPQ suivants :

- ▶ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires](#)
- ▶ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires](#)
- ▶ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de réadaptation physique, de déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme](#)

Plusieurs directives ministérielles doivent également être consultées selon le milieu de soins (admissions, visiteurs, sorties, proches aidants, etc.) :

- ▶ CH: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/>
- ▶ CHSLD : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/>
- ▶ RI-RTF : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/ri-rtf/>
- ▶ RPA : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/residences-privees-pour-aines/>

Section 1 Préparation et prévention des éclosions

Préparation et prévention des éclosions	
Comité de gestion d'éclosion	▶ S'assurer de la formation d'un comité multidisciplinaire de gestion d'éclosion qui sera consulté lors de la planification des mesures à mettre en place et sera mobilisé pour soutenir la gestion d'une éventuelle éclosion. ▶ Cibler d'avance les acteurs qui seront requis pour y participer. ▶ Avec la collaboration du comité de gestion d'éclosion, élaborer : ▶ Un plan des options d'hébergement selon les scénarios possibles de cas ▶ Un plan de formation pour les TdeS ▶ Un plan pour la gestion des TdeS ▶ Un plan pour l'accès au matériel requis (ex. : ÉPI) ▶ Un plan pour la réalisation d'audits, l'analyse et le partage des résultats ▶ Un plan de l'organisation du travail et des effectifs en hygiène et salubrité ▶ Référer aux documents suivants : ▶ Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec ▶ Directives du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : 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
Options d'hébergement	Les orientations d'hébergement sont établies par le MSSS et il revient aux gestionnaires de chaque installation de préciser le scénario qui sera adopté. Les mesures spécifiques de prévention et contrôle des infections à appliquer en fonction de l'option choisie sont présentées ci-dessous. Mesures générales pour toutes les options d'hébergement Des mesures de prévention et contrôle des infections générales doivent être mises en application pour toutes les options d'hébergement mentionnées ci-dessous. ▶ Dédier les TdeS à chacun des types de zone (chaude, tiède, froide). ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés (ex. : inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.), ceux-ci doivent débuter par les zones froides, suivi des zones tièdes et terminer par les zones chaudes. ▶ 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 deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) dans l'attente du transfert en chambre individuelle. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette (ou chaise d'aisance) dédiés pour chaque usager.

Préparation et prévention des éclosions	
Options d'hébergement	▶ Avant la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) pour un usager suspecté ou confirmé COVID-19, s'il n'y est pas déjà hébergé, 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. Si IMGA urgente (ex. : réanimation cardio-respiratoire), sortir les autres usagers de la chambre. Pour les modalités d'application, se référer aux documents suivants : ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires ▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises selon l'option d'hébergement retenue (ex. : affiche, code de couleurs, etc.). ▶ Considérer des mesures alternatives pour diminuer le risque de contamination par les usagers confirmés COVID-19 qui ne peuvent être confinés à leur chambre (ex. : unité prothétique) : ▶ Faire porter un masque médical par l'usager hors de sa chambre, si toléré. ▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres entre les usagers. ▶ Augmenter la fréquence d'entretien des surfaces <i>high touch</i>. Voici les mesures de prévention et contrôle des infections à mettre en place selon l'option choisie : Cohorte d'usagers par zone : chaude, tiède et froide ▶ L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation. Une unité complète peut être désignée comme une zone chaude. ▶ Instaurer un regroupement (cohorte) selon les directives du MSSS, se référer à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002707/ https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ ▶ Zone chaude : usagers confirmés par laboratoire pour le SRAS-CoV-2 ou présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et avec lien épidémiologique avec un cas confirmé de COVID-19. Il est fortement recommandé de toujours confirmer les cas avec un test de laboratoire avant le transfert en zone chaude. ▶ Zone tiède : usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 ou en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2. ▶ Zone froide : usagers sans tableau clinique compatible avec la COVID-19 ou avec un test de laboratoire négatif pour le SRAS-CoV-2.

Préparation et prévention des éclosions	
Options d'hébergement	► Bien délimiter les zones chaudes, tièdes et froides (ex. : affiches, séparation spatiale avec porte ou paravent, utilisation d'un code de couleur, etc.). ► Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, deux options sont possibles pour l'organisation des aires communes et du poste de garde. Selon les modalités locales, ils peuvent être considérés comme une zone chaude ou comme une zone froide. La zone froide est à privilégier, mais certains milieux peuvent décider, selon leur évaluation, d'utiliser l'option de la zone chaude. Voici les recommandations à mettre en place pour chacun des choix : ► Si le poste de garde est considéré zone froide : l'ÉPI complet, incluant le masque, doit être retiré à la sortie de la zone chaude. Avant d'entrer dans la zone froide, l'hygiène des mains doit être effectuée et un nouveau masque doit être mis. ► Si le poste de garde est considéré zone chaude : l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans les aires communes, mais l'hygiène des mains doit être effectuée avant d'entrer dans le poste de garde. ► Prévoir retirer de la zone chaude ou tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures). ► En zone chaude, en plus du SRAS-CoV-2 si un usager a une condition médicale nécessitant des précautions additionnelles pour un autre microorganisme, l'ÉPI doit être retiré suite aux soins ou selon les directives en place par 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). ► Chambre chaude : chambre d'un usager confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique pour la COVID-19. Les équipements de protection individuelle (ÉPI) (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis à l'entrée de la chambre. Si chambre multiple, changer seulement les gants et procéder à l'hygiène des mains entre les usagers sauf si l'ÉPI est souillé ou si des précautions additionnelles sont nécessaires pour d'autres raisons (ex. : bactéries multirésistantes (BMR)). ► Chambre tiède : chambre d'un usager suspecté pour la COVID-19, en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2. Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis à l'entrée de ces chambres et doivent être changés entre chaque usager dans la même chambre puisque le statut infectieux est inconnu. Privilégier des chambres individuelles. ► Chambre froide : chambre d'un usager sans la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmée, ni suspectée). L'utilisateur en chambre chaude ou tiède 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.

Préparation et prévention des éclosions	
Options d'hébergement	Isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude L'utilisation de ce type d'isolement doit être une mesure d'exception. Avant l'utilisation de ce type d'isolement, il est à considérer, dans la mesure du possible, de relocaliser les usagers sans la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmée, ni suspectée). Cette option pourrait être envisagée si la majorité des usagers sur l'unité est COVID-19 positif et qu'il est difficile pour les usagers confirmés 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 confirmés sont bien comprises et respectées par le personnel sur l'unité et qu'il est impossible de cohorter les usagers. ▶ 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 confirmés représentent plus de risques de transmission en circulant vs usagers non atteints qui sont en mesure de demeurer à leur chambre). ▶ Considérer le corridor, les aires communes ainsi que les chambres des usagers confirmés COVID-19 comme une zone chaude afin que les usagers puissent y circuler. ▶ Considérer les chambres des usagers non atteints comme des zones froides. Les TdeS doivent retirer leur ÉPI, effectuer l'hygiène des mains et revêtir une nouvelle protection oculaire et un nouveau masque médical avant d'y entrer. ▶ Constituer des équipes dédiées distinctes pour les usagers COVID-19 positif et pour les usagers non atteints. ▶ Rehausser l'HDM 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. 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.

Préparation et prévention des éclosions	
Formation des travailleurs de la santé	▶ Assurer la formation adéquate et suffisante des TdeS et faire des rappels réguliers et fréquents sur les bonnes pratiques de PCI. ▶ Rappel des pratiques de base, dont l'hygiène des mains. ▶ Modes de transmission du SRAS-CoV-2. ▶ Connaissances sur les risques de contamination. ▶ Port et retrait de l'ÉPI adéquat et selon les indications (toutes les catégories d'ÉPI). ▶ Importance de la distanciation physique et du port du masque chez les TdeS, notamment en dehors des zones de soins (ex. : poste de garde, lors des pauses et des repas, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.). ▶ Gestions des zones et des précautions additionnelles requises. ▶ Gestion et désinfection des équipements de soins et du matériel partagé (ex. : claviers d'ordinateurs). ▶ Valider sur place l'application des apprentissages théoriques par des observations et des pratiques concrètes sur le terrain (ex. : audits, agent de PCI, etc.). ▶ Référer aux formations disponibles en ligne au : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations
Plan de gestion des travailleurs de la santé	▶ Référer aux directives du MSSS : 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
Accès au matériel requis	▶ S'assurer que les TdeS connaissent la procédure locale d'accès au matériel (ex. : ÉPI, matériel pour prélèvement, etc.). ▶ Référer aux directives du MSSS : ▶ Section « Matériel et approvisionnement » https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-00496-51-PJ-strategie-approvisionnement_2020-09-21.pdf ▶ 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
Plan d'hygiène et salubrité	▶ S'assurer que les TdeS connaissent les procédures de nettoyage et désinfection de l'environnement et du matériel. ▶ Mettre à jour les protocoles de nettoyage et de désinfection des équipements et des surfaces. ▶ Déterminer qui est responsable de la désinfection des équipements de soins. ▶ Détailler les modalités de nettoyage et désinfection en plurifréquence (ex. : personnel requis, à quelle heure le faire, nombre d'heures requises, fréquence, etc.). ▶ Avoir une liste d'équipements et de tâches bien définie afin que tous les équipements et toutes les surfaces soient inclus. ▶ Référer aux directives du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-contrôle-des-infections/

Définitions	
Travailleurs de la santé (TdeS)	Toute personne : ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec la clientèle OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	48 h précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique et jusqu'à la levée de l'isolement. Se référer à la section <i>Durée des mesures</i> des documents suivants : ▶ SRAS-CoV-2: Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de réadaptation physique, de déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme
Cas nosocomial	Cas nosocomial ▶ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15 de l'arrivée dans le milieu de soins Cas nosocomial suspect ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours* et plus et jusqu'à 14 jours depuis son arrivée dans le milieu de soins (période maximale d'incubation du virus). Cas non nosocomial ▶ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours* après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et à la suite de l'évaluation de l'utilisateur par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'utilisateur et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.

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

Définitions	
Éclosion	▶ Deux cas nosocomiaux (usagers et/ou TdeS) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas.
Fin d'éclosion	▶ L'éclosion est terminée lorsque 14 jours se sont écoulés : ▶ Après la dernière présence du dernier TdeS confirmé COVID-19 sur l'unité OU ▶ Après la date de début d'isolement du dernier cas confirmé COVID-19 (usagers). Si l'utilisateur était déjà en isolement préventif, débiter le décompte à partir de la date de début des symptômes ou date du prélèvement positif si asymptomatique. ▶ Considérant l'intensification de la surveillance des symptômes, le dépistage actif et la recherche soutenue des cas symptomatiques et asymptomatiques de COVID-19 durant une éclosion, le délai de 14 jours (qui correspond à une période maximale d'incubation) a été établi pour déclarer la fin d'une éclosion plutôt que le 28 jours précédemment diffusé. Ce délai est en conformité avec les lignes directrices de différentes instances (Ontario, 2020, CDNA, 2020, SPS, 2020). ▶ L'éclosion peut être déclarée terminée, même s'il y a encore des cas en précautions additionnelles.
Contact étroit usager	Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'ÉPI porté, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'utilisateur et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : déplacement d'un ÉPI pendant les manipulations de l'utilisateur, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'établissement ou de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager : ▶ Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglass, etc.) qu'un cas confirmé COVID-19 durant sa période de contagiosité. OU ▶ Usager qui n'est pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition. OU ▶ Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les usagers suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces usagers serait alors effectué au même moment que les autres usagers contacts étroits décrits ci-haut. ▶ Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.

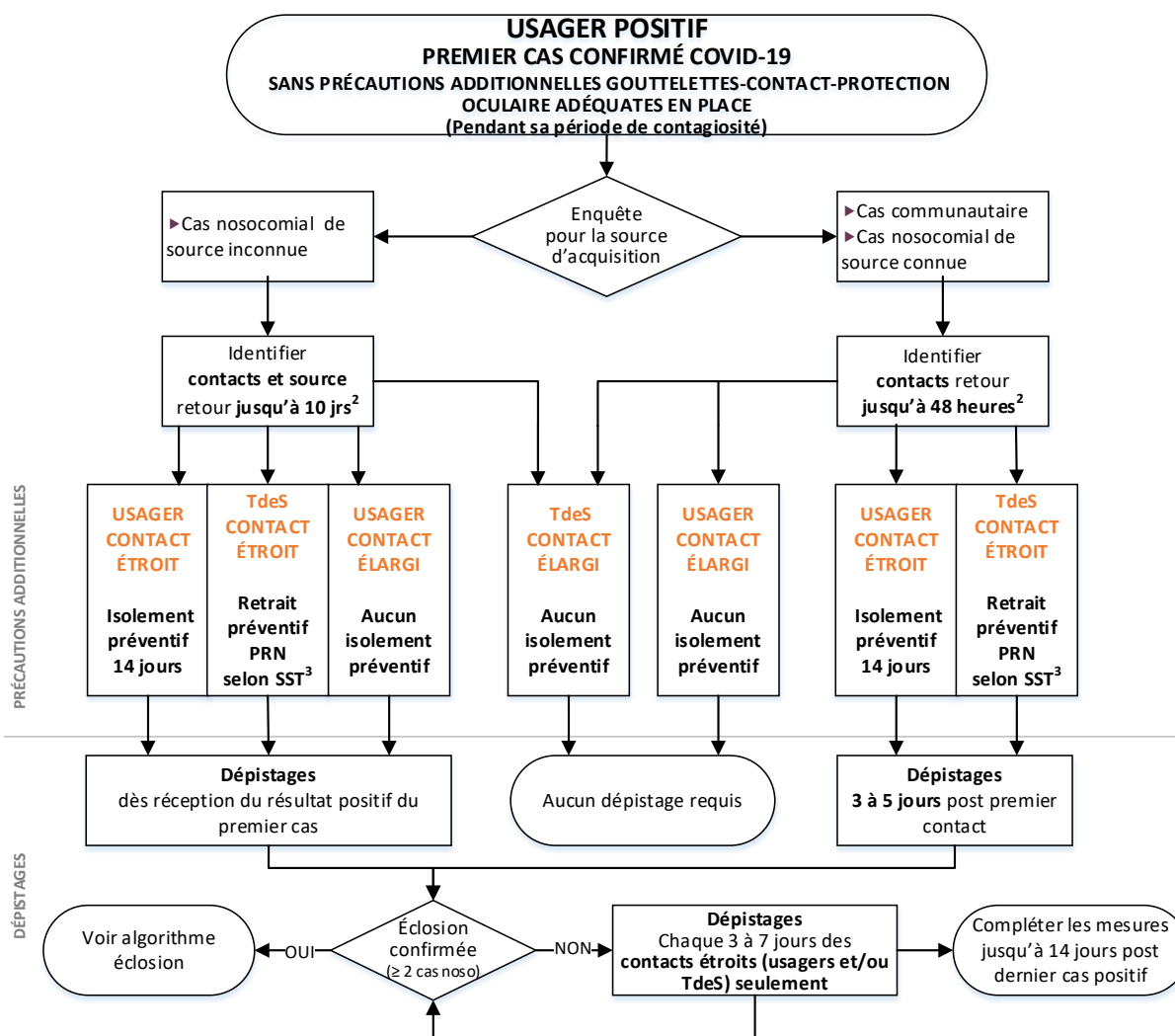
Définitions	
Contact élargi usager	▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit ET ▶ Séjournant sur une unité de soins, sur une unité de réadaptation ou dans un milieu de vie où il y a présence d'un cas confirmé COVID-19 (usager et/ou TdeS) durant sa période de contagiosité. Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne (ex. : partage d'équipement de soins, partage du même personnel de soins).
Contact étroit travailleur de la santé	Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'ÉPI porté, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant donné des soins à un usager confirmé COVID-19 à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées durant sa période de contagiosité. OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical et ayant eu des contacts significatifs à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées avec un TdeS confirmé COVID-19 qui portait adéquatement ou non un masque médical durant sa période de contagiosité (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.) OU ▶ TdeS qui ne portait pas adéquatement l'appareil de protection respiratoire N95 ou le masque médical ET la protection oculaire et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. Référez à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les TdeS suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces TdeS serait alors effectué au même moment que les autres TdeS contacts étroits décrits ci-haut. ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ TdeS qui portait adéquatement le masque médical et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé COVID-19 pendant sa période de contagiosité.

Définitions	
Contact élargi travailleur de la santé	▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS - ET ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : ▶ D'un usager confirmé COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité - OU ▶ D'un TdeS confirmé COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.

Prévention d'une éclosion
Les mesures de prévention et contrôle des infections à mettre en place en présence d'un cas de COVID-19 confirmé ou d'une éclosion dans une installation doivent être basées sur l'enquête épidémiologique réalisée par le service de PCI en collaboration avec le bureau de santé et, au besoin, avec la DSPublique (ou directement par la DSPublique lorsqu'il n'y a pas de ressources PCI attribuées). Les actions mises en place peuvent varier en fonction du contexte, de l'évaluation de la situation et du type de milieu où le cas unique de COVID-19 (usager ou TdeS) est découvert. Une flexibilité dans les interventions entreprises est donc possible (ex.: mettre des mesures intensifiées devant un cas unique usager ou TdeS sur une unité d'hématologie-oncologie, alléger les mesures pour un secteur ambulatoire où les contacts sont habituellement brefs, etc.). Les dépistages et les actions à mettre en place (ex. : mise en place des précautions additionnelles adéquates) peuvent donc être ajustés en fonction de l'évaluation épidémiologique de la situation. L'investigation d'une éclosion de COVID-19 revêt deux objectifs qui peuvent être complémentaires : ▶ Identifier la source de l'éclosion. La recherche d'une source possible vise à identifier la personne qui aurait pu être à l'origine de la contamination et est donc basée sur la période d'incubation précédant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique. À des fins d'intervention, une période de 10 jours* est suggérée. ▶ Identifier les contacts exposés de façon significative (TdeS, usagers, proches aidants/accompagnateurs/visiteurs) à un cas confirmé de COVID-19. Cet objectif vise à identifier rapidement les personnes qui peuvent avoir été contaminées et à instaurer des mesures de prévention et contrôle des infections pour limiter et contrôler la transmission secondaire. Dans ce cas, la recherche des contacts est basée sur la période de contagiosité du cas, c'est-à-dire à partir de 48 heures précédant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique. En fonction des constats de l'enquête et de l'/des objectif(s) visé(s), des décisions locales peuvent être prises. Par exemple, un rehaussement des dépistages pour les contacts dès l'apparition d'un premier cas détecté peut être réalisé (référer à la section 2 : Gestion d'une éclosion). Si le tableau épidémiologique est clair et que la source de l'acquisition des cas est connue, il n'y a pas lieu d'effectuer une recherche rétrospective des contacts au-delà de 48 heures avant le début des symptômes du cas confirmé symptomatique ou 48 heures précédant la date de prélèvement si le cas confirmé est asymptomatique. Cela tient compte des considérations opérationnelles pour la mise en œuvre des enquêtes épidémiologiques et la recherche des contacts. De plus, des données récentes suggèrent que les personnes asymptomatiques peuvent avoir une charge virale plus faible au moment du diagnostic que les personnes symptomatiques. Cette recommandation aidera à centrer l'enquête épidémiologique vers les activités les plus susceptibles d'interrompre la transmission en cours. Selon les références consultées (CDC, 2020; Ontario, 2020; AHS, 2020, BCCDC, 2020; CNDA, 2020), le Cinq propose la stratégie de dépistage qui suit. Des expériences locales démontrent que certaines autres façons de faire dans la gestion des éclosions ont aussi mené à de bons résultats. Il demeure donc en tout temps possible de les adapter.

* Les études démontrent que > 95 % des cas de COVID-19 ont développé leurs symptômes à 10 jours (Lauer, 2020). Le délai de 10 jours a donc été retenu.

Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager¹



DÉFINITIONS CONTACT SI L'USAGER EST LE CAS (définitions différentes si TdeS est le cas: référer à algorithme TdeS)

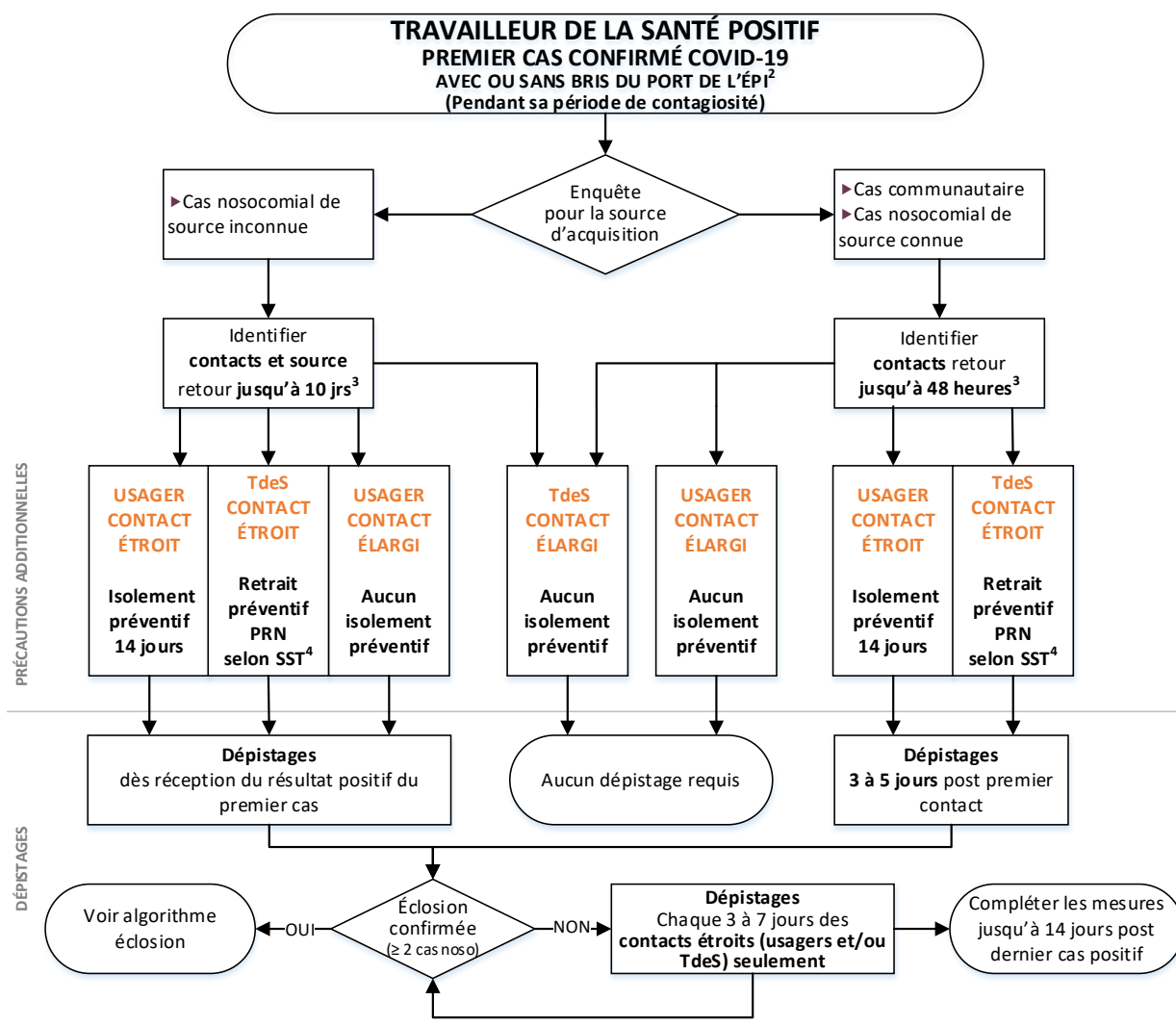
	USAGER	TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ
CONTACT ÉTROIT	► Séjour même environnement usager que cas confirmé - OU ► Inapte à respecter mesures PCI (ex. : errance, absence de collaboration) (Inclure les usagers avec transfert d'unité, transfert d'installation ou congé)	► Ne portait pas adéquatement masque médical et a donné soins < 2 mètres et ≥ 10 minutes cumulées à un cas confirmé - OU ► Ne portait pas adéquatement APR N95 ou masque médical ET protection oculaire et dans la même pièce qu'un cas confirmé lors d'IMGA - OU ► Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, ces TdeS pourraient être des contacts étroits: portait adéquatement masque médical et donné soins prolongés ou cumulés ≥ 2 heures ou contact physique rapproché avec un cas confirmé.
CONTACT ÉLARGI	► Ne répond pas à la définition de contact étroit usager ET séjour sur une unité avec cas confirmé ET avec lien épidémiologique.	► Ne répond pas à la définition de contact étroit TdeS ET a travaillé sur une unité avec cas confirmé sans précautions additionnelles

¹ Les dépistages et les actions à mettre en place (ex. : isolement ou retrait préventif) peuvent être ajustés en fonction de l'évaluation épidémiologique locale. Prélever usagers et TdeS qui développent des symptômes entre les jours déterminés de dépistage. Répéter après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion d'inique demeure élevée.

² Selon la date de prélèvement si asymptomatique ou la date de début des symptômes si symptomatique.

³ Référer à : [SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins](#)

Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas travailleur de la santé¹



DÉFINITIONS CONTACT SI LE TdeS EST LE CAS (définitions différentes si usager est le cas: référer à algorithme usager)

	USAGER	TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ
CONTACT ÉTROIT	► Ayant reçu des soins d'un TdeS confirmé qui ne portait pas adéquatement masque médical, < 2 mètres et ≥ 10 minutes cumulées - OU ► Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, ces usagers pourraient être des contacts étroits: ayant reçu des soins prolongés ou cumulés ≥ 2 heures ou ayant eu contact physique rapproché avec un TdeS confirmé même s'il portait adéquatement masque médical. Inclure les usagers avec transfert d'unité, transfert d'installation ou congé)	► Ne portait pas adéquatement masque médical et contact significatif avec TdeS confirmé, < 2 mètres et ≥ 10 minutes cumulées (ex.: aires communes, salles de réunion, repas ou pause, covoiturage, rassemblement dans le stationnement)
CONTACT ÉLARGI	► Ne répond pas à la définition de contact étroit usager ET séjour sur une unité avec TdeS confirmé et avec lien épidémiologique.	► Ne répond pas à la définition de contact étroit TdeS ET a travaillé sur une unité avec cas confirmé sans précautions additionnelles

¹ Les dépistages et les actions à mettre en place (ex.: isolement ou retrait préventif) peuvent être ajustés en fonction de l'évaluation épidémiologique locale. Prélever usagers et TdeS qui développent des symptômes entre les jours déterminés de dépistage. Répéter après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.

² Le port de l'ÉPI rapporté par le TdeS et les audits réalisés sur le port de l'ÉPI peuvent être pris en compte localement pour déterminer l'ampleur des dépistages.

³ Selon la date de prélèvement si asymptomatique ou la date de début des symptômes si symptomatique.

⁴ Référer à: [SRAS-CoV-2: Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins](#)

Prévention d'une éclosion (suite)	
Dépistages recommandés en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) OU de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion)	Mesures générales ▶ Réaliser une enquête épidémiologique. ▶ Selon la situation, référer à l'<i>Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager</i> ou à l'<i>Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas travailleur de la santé</i> pour un résumé des recommandations de dépistage et de gestion des cas. Pour les détails, se référer au texte de la présente section. ▶ Exécuter les dépistages suggérés dans la section ci-dessous idéalement dans un délai de 24 à 36 heures suivant la demande du service de PCI ou de la DSPublique. Plus le délai d'intervention est long, plus l'éclosion risque d'être importante et son contrôle difficile. ▶ 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. ▶ Dès le premier cas nosocomial, il pourrait être requis, à des fins d'interventions, d'instaurer immédiatement les actions nécessaires en présence d'une éclosion. Se référer à la section <i>Gestion d'une éclosion</i>. L'évaluation du service de PCI ou de la DSPublique est nécessaire dans cette situation. ▶ Si plusieurs cas confirmés sont trouvés simultanément sans confirmation d'une éclosion, appliquer, pour chaque cas, la démarche de l'<i>Algorithme de gestion des cas lors d'un premier cas usager</i> ou l'<i>Algorithme de gestion des cas lors d'un premier cas travailleur de la santé</i>, selon la situation. 1. Procéder à l'identification de la source ET des contacts des cas : si l'enquête épidémiologique suggère un cas nosocomial de source inconnue 1.1 Si le cas est un usager et que celui-ci n'était pas en précautions additionnelles, instaurer immédiatement des précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant protection oculaire. D'autres mesures doivent aussi être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, selon les modalités régionales, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés afin de les informer ou d'informer l'installation receveur, qu'ils ont été en contact étroit avec un cas de COVID et qu'ils doivent être en isolement préventif, surveiller l'apparition de symptômes et aussi être dépistés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). Retourner 10 jours avant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique. Référer à la section <i>Définitions</i> et à l'<i>Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager</i> ou à l'<i>Algorithme de gestion des cas lors d'un premier cas travailleur de la santé</i> selon la situation.

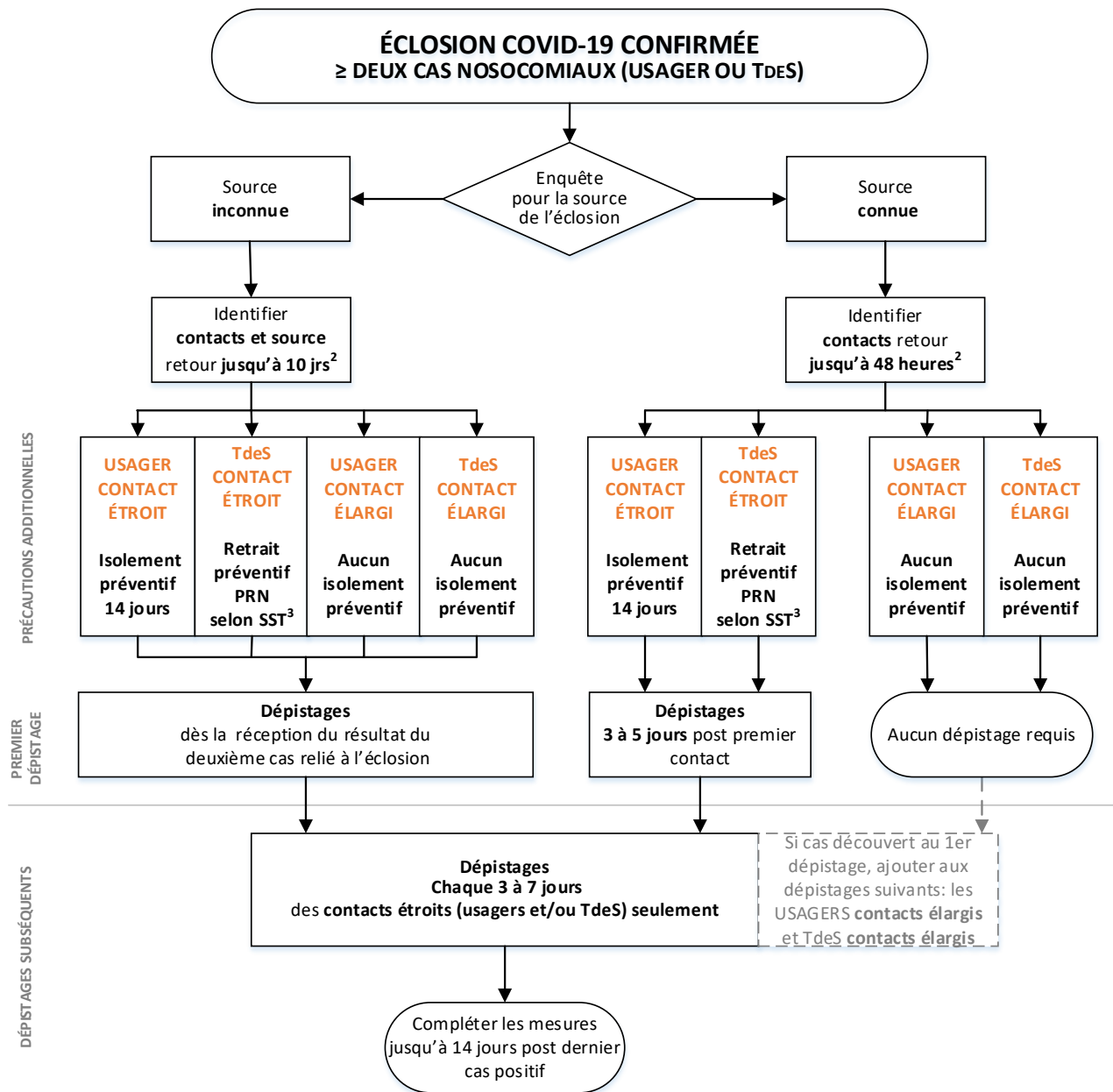
Prévention d'une éclosion	
Dépistages recommandés en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) OU de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion)	▶ Le premier dépistage devrait se faire dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Tous les usagers contacts étroits. ▶ Tous les usagers contacts élargis. ▶ Tous les TdeS contacts étroits. ▶ Attendre les résultats des tests : si l'analyse des résultats démontre deux cas d'acquisition nosocomiale qui ont un lien épidémiologique entre eux, se référer à <i>l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion</i> ainsi qu'à la section <i>Gestion d'une éclosion</i> pour poursuivre les dépistages. ▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou découverte de cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages : ▶ Redépister tous les 3 à 7 jours*, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usager ou TdeS) détecté sur l'unité, tous les usagers contacts étroits (usagers et/ou TdeS) précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif. ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée. 1.2 Si le cas est un TdeS, celui-ci doit être retiré du travail et des mesures doivent être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, selon les modalités régionales, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés afin de les informer ou d'informer l'installation receveur, qu'ils ont été en contact étroit avec un cas de COVID-19 et qu'ils doivent être en isolement préventif, surveiller l'apparition de symptômes et aussi être dépistés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). Retourner 10 jours avant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique. Référer à la section <i>Définitions</i> et à <i>l'Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager</i> ou à <i>l'Algorithme de gestion cas lors d'un premier cas travailleur de la santé</i> selon la situation. Le premier dépistage devrait se faire dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Tous les usagers contacts étroits. ▶ Tous les usagers contacts élargis ▶ Tous les TdeS contacts étroits

* Basé sur la durée moyenne d'incubation qui est 5 à 6 jours.

Prévention d'une éclosion	
Dépistages recommandés en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) OU de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion)	▶ Attendre les résultats des tests : si l'analyse des résultats démontre deux cas d'acquisition nosocomiale qui ont un lien épidémiologique entre eux, se référer à <i>l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion</i> ainsi qu'à la section <i>Gestion d'une éclosion</i> pour poursuivre les dépistages. ▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou découverte de cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages : ▶ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usager ou TdeS) détecté sur l'unité, tous les usagers contacts étroits (usagers et/ou TdeS) précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif. ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée. 2. Procéder à l'identification des contacts du cas : si l'enquête épidémiologique suggère un cas communautaire (non nosocomial) ou un cas nosocomial de source connue 2.1 Si le cas est un usager et que celui-ci n'était pas en précautions additionnelles, instaurer immédiatement des précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant protection oculaire. D'autres mesures doivent aussi être prises. ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait préventif. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique selon les modalités régionales, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés afin de les informer ou d'informer l'installation receveur, qu'ils ont été en contact étroit avec un cas de COVID-19 et qu'ils doivent être en isolement préventif, surveiller l'apparition de symptômes et aussi être dépistés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). Retourner 48 heures avant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique. Référer à la section <i>Définitions</i> et à <i>l'Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager</i> ou à <i>l'Algorithme de gestion cas lors d'un premier cas travailleur de la santé</i> selon la situation. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé : ▶ Tous les usagers contacts étroits ▶ Tous les TdeS contacts étroits ▶ Attendre les résultats des tests : si l'analyse des résultats démontre deux cas d'acquisition nosocomiale qui ont un lien épidémiologique entre eux, se référer à <i>l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion</i> ainsi qu'à la section <i>Gestion d'une éclosion</i> pour poursuivre les dépistages.

Prévention d'une éclosion	
Dépistages recommandés en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) OU de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion)	▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou découverte de cas non nosocomiaux, poursuivre les dépistages : ▶ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usager ou TdeS) détecté sur l'unité, tous les contacts étroits (usagers et/ou TdeS) précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif. ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée. 2.2 Si le cas est un TdeS, celui-ci doit être retiré du travail et des mesures doivent être prises. ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, selon les modalités régionales, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés afin de les informer ou d'informer l'installation receveur, qu'ils ont été en contact étroit avec un cas de COVID et qu'ils doivent être en isolement préventif, surveiller l'apparition de symptômes et aussi être dépistés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). Retourner 48 heures avant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique. Référer à la section <i>Définitions</i> et à l'<i>Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager</i> ou à l'<i>Algorithme de gestion cas lors d'un premier cas travailleur de la santé</i> selon la situation. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé : ▶ Tous les usagers contacts étroits ▶ Tous les TdeS contacts étroits ▶ La conformité du port de l'ÉPI rapporté par le TdeS et les audits réalisés sur le port de l'ÉPI peuvent être pris en compte localement pour déterminer l'ampleur des dépistages ou des retraits préventifs devant être effectués. ▶ Attendre les résultats des tests : si l'analyse des résultats démontre deux cas d'acquisition nosocomiale qui ont un lien épidémiologique entre eux, se référer à l'<i>Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion</i> ainsi qu'à la <i>Gestion d'une éclosion</i> pour poursuivre les dépistages. ▶ Si aucun nouveau cas trouvé suite au premier dépistage ou découverte de cas non nosocomiaux, poursuivre les dépistages : ▶ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usagers ou TdeS) détecté sur l'unité tous les contacts étroits (usagers et/ou TdeS) précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif. ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.

Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion¹



¹ Les dépistages et les actions à mettre en place (ex. : isolement ou retrait préventif) peuvent être ajustés en fonction de l'évaluation épidémiologique locale. Prélever usagers et TdeS qui développent des symptômes entre les jours déterminés de dépistage. Répéter après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.

² Selon la date de prélèvement si asymptomatique ou la date de début des symptômes si symptomatique.

³ Référer à : [SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins](#)

⁴ Évaluer localement selon l'ampleur de l'éclosion.

Section 2 Gestion d'une éclosion

Déclaration d'une éclosion	
Comité de gestion d'éclosion	► Tenir rapidement une rencontre du comité de gestion d'éclosion afin de réviser les mesures en place ou à implanter. Une communication efficiente est essentielle pour l'implantation de l'ensemble des mesures. ► 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. ► Garder des traces des décisions prises et des mesures mises en place avec leurs dates d'implantation. ► Référer aux documents suivants : ► Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec ► Directives du MSSS : 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
Signalement de l'éclosion	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	
Présentement, il est difficile de préciser la meilleure séquence de toutes les options possibles ou même s'il en existe une. Cette section présente donc un ensemble de modalités qui peuvent être adaptées en fonction de la situation et du type de milieu concerné. Le temps et l'expérience nous démontreront la ou les meilleures options à appliquer.	
Prise en charge des contacts étroits et élargis chez les usagers	Recherche de contacts étroits et élargis ► 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. ► Si l'utilisateur a été transféré, aviser le centre receveur. ► Si l'utilisateur a quitté l'installation, aviser la DSPublique ou contacter les usagers identifiés comme des contacts étroits (selon modalités locales et régionales) afin de les informer qu'ils ont peut-être été en contact avec un cas de COVID-19 considérant la présence d'une éclosion et qu'ils doivent être en isolement préventif, surveiller l'apparition de symptômes et aussi être dépistés. ► Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits selon le nombre de cas. Éviter de regrouper les contacts étroits avec les cas suspectés (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ou avec les cas confirmés. ► Faire une liste des contacts étroits et élargis. Un outil est proposé et peut être adapté localement : Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel) ► Référer à la section Rehaussement des dépistages.
Prise en charge chez les TdeS	Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Mesures de PCI (suite)	
Précautions additionnelles	Contacts étroits ▶ Précautions additionnelles gouttelettes-contact pendant 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. ▶ Fin des précautions additionnelles : si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition à risque. Contacts élargis ▶ Aucune précaution additionnelle requise. ▶ Selon l'intensité, l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles ainsi que des limitations de déplacement peuvent être instaurées comme pour les contacts étroits. ▶ Auto surveillance des symptômes. ▶ Respecter les pratiques de base. Cas suspecté ou confirmé de COVID-19 Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire. ▶ Référer aux documents suivants pour les détails et la fin des précautions additionnelles : ▶ Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires ▶ Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires
	Surveillance des symptômes et dépistage ▶ Surveiller étroitement et activement les symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les contacts : ▶ 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. ▶ TdeS : 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. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins. ▶ Surveiller étroitement et activement les symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les usagers suspectés COVID-19 : ▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour jusqu'à la réception du résultat du test ou jusqu'à 10 jours après le début des symptômes. Si test négatif, absence de diagnostic alternatif et que le diagnostic COVID-19 est toujours plausible, répéter le test. ▶ Surveiller étroitement et activement les symptômes chez les usagers confirmés COVID-19 (en lien avec la levée des précautions additionnelles): ▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour pour la durée des précautions additionnelles (en lien avec la levée des précautions additionnelles).

Mesures de PCI (suite)	
Rehaussement des dépistages	Le rehaussement des dépistages est indiqué lorsqu'il y a présence d'une éclosion confirmée sur une unité ou dans une installation. Les TdeS ne sont pas retirés du travail d'emblée lorsqu'un dépistage est fait dans ce contexte. Une recherche des TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait doit être faite. Référez à l'<i>Algorithmes de gestion lors de la survenue d'une éclosion</i> pour les indications de dépistage ainsi que leur fréquence. Indications et fréquence de dépistage La fréquence exacte du dépistage relève d'une décision locale et dépend de plusieurs éléments : intensité de l'éclosion, épidémiologie locale, moment de l'éclosion (début/milieu/fin d'éclosion), etc. Si la source de l'éclosion est connue ▶ Retourner 48 heures précédant le début de l'éclosion et, dès la découverte de l'éclosion, dépister les personnes suivantes (Référez à la section <i>Définitions</i>) : ▶ Tous les usagers contacts étroits ▶ Tous les TdeS contacts étroits ▶ Si l'usager contact étroit a été transféré, aviser le centre receveur. ▶ Si l'usager a quitté l'installation, aviser la DSPublique ou contacter les usagers identifiés comme des contacts étroits (selon modalités locales et régionales) ▶ Dépister dès la découverte de l'éclosion, les usagers et les TdeS ciblés 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé et à tous les 3 à 7 jours par la suite, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif détecté sur l'unité (usager ou TdeS). ▶ Si un ou des cas sont confirmés au premier dépistage, ajouter les usagers contacts élargis et les TdeS contacts élargis aux dépistage subséquents. ▶ Aviser le laboratoire lors d'envois massifs de prélèvements. Si la source de l'éclosion est inconnue ▶ Retourner 10 jours précédant le début de l'éclosion et, dès la découverte de l'éclosion (dès la réception du résultat du deuxième cas reliés à l'éclosion), dépister les personnes suivantes (Référez à la section <i>Définitions</i>) : ▶ Tous les usagers contacts étroits ▶ Tous les usagers contacts élargis ▶ Tous les TdeS contacts étroits. ▶ Tous les TdeS contacts élargis ▶ Dépister dès la réception du résultat du deuxième cas relié à l'éclosion, les usagers et les TdeS ciblés et à tous les 3 à 7 jours par la suite, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif détecté sur l'unité (usager ou TdeS). ▶ Lorsque la source de l'éclosion est inconnue, ne pas redépister les usagers contacts étroits, les usagers contacts élargis, les TdeS contacts étroits et les TdeS contacts élargis dont le contact remonte à plus de 48 heures avant le début de l'éclosion. ▶ Aviser le laboratoire lors d'envois massifs de prélèvements. Si un usager relié à l'éclosion (contact étroit) obtient son congé de l'installation, aviser la DSPublique selon les modalités locales et régionales établies.

Mesures de PCI (suite)	
Affichage	▶ Installer des affiches avisant de l'éclosion à l'entrée de l'unité et/ou de l'installation. ▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres ou les lits (si chambre multiple) où sont hébergés des usagers suspectés ou confirmés COVID-19 (ex. : affiche, code de couleurs, etc.).
Pratiques de base et étiquette respiratoire	▶ S'assurer du respect rigoureux des pratiques de base et de l'étiquette respiratoire.
Port du masque chez l'utilisateur	▶ Si l'utilisateur peut le tolérer et selon le type de soin donné (p. ex. : soins prolongés et à proximité de l'utilisateur), le port du masque médical est recommandé. Il est possible aussi pour l'utilisateur de se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou un linge propre.
Options d'hébergement	▶ Référer à la <i>Préparation et prévention des éclosions</i> du présent document et aux directives du MSSS : 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
Hygiène et salubrité	▶ S'assurer que le protocole de nettoyage et de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées. ▶ Augmenter la fréquence des nettoyages et désinfections selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc. ▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.). Référer à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité ▶ Désinfecter avec un produit approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada au https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/liste.html ▶ Se référer aux protocoles de l'établissement ou du MSSS disponibles au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-contrôle-des-infections/
Audits	▶ Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer l'ÉPI adéquatement, procédures en hygiène et salubrité, respect des zones, nettoyage et désinfection des équipements de soins entre usagers, respect de la distanciation physique, etc.).
Équipements de soins	▶ Dédier les équipements de soins à un seul usager lorsque possible. ▶ Dans une zone chaude, dédier les équipements de soins uniquement à cette zone. ▶ Si des équipements de soins sont partagés, les nettoyer et les désinfecter entre chaque usager. ▶ Nettoyer et désinfecter quotidiennement tous les équipements de soins. ▶ Désigner un TdeS pour : ▶ La désinfection quotidienne de tous les équipements de soins. ▶ Effectuer la désinfection en plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces fréquemment touchées et des équipements de soins fixes dans les chambres (ex. : boutons des moniteurs, interrupteurs, etc.).

Gestion de l'unité en éclosion	
Admissions	▶ Admission selon les modalités locales sur une unité en éclosion de COVID-19. ▶ Ne pas admettre un usager non atteint de la COVID-19 dans une zone chaude. Admettre uniquement des cas confirmés COVID-19. ▶ Respecter l'admission des usagers en fonction des critères de chacune des zones. ▶ Informer les nouveaux usagers ou leurs représentants légaux de la situation ainsi que des mesures de prévention et contrôle des infections à respecter. ▶ Si une unité spécialisée en éclosion est dans l'obligation de poursuivre ses activités, faire une zone froide à l'intérieur même de l'unité pour les usagers nouvellement admis qui n'ont pas été exposés à l'éclosion en cours : ▶ TdeS dédiés ▶ Poste de travail séparé ▶ Pour les CHSLD, référer à : 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
Suspension ou fermeture d'une unité aux admissions	▶ Évaluer quotidiennement la nécessité de fermeture de l'unité aux admissions selon l'évolution de la situation. ▶ La décision de fermer une unité aux admissions ou de suspendre les transferts doit être prise par le comité de gestion d'éclosion. ▶ Se référer aux directives et aux critères du MSSS pour évaluer la possibilité d'une fermeture d'unité. Pour les CHSLD, référer à : 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 ▶ 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, un isolement gouttelettes-contact doit être mis en place durant 14 jours.
Transfert interétablissements	▶ Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre receveur de l'éclosion en cours. ▶ Référer à : Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19 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
Réouverture d'une unité fermée aux admissions	▶ Revoir quotidiennement la possibilité de réouverture de l'unité aux admissions. ▶ Se référer aux critères du MSSS : pour les CHSLD, se référer à : 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 ▶ Avant la réouverture de l'unité, effectuer un nettoyage et une désinfection selon les protocoles de l'établissement ou du MSSS https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/

Gestion de l'unité en éclosion (suite)		
	Spécificités pour les milieux de soins de courte durée	Spécificités pour les milieux de soins de longue durée
Visiteurs, proches aidants et accompagnateurs	Se référer aux directives du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/	- Aviser les familles selon les modalités locales (ex. : appel téléphonique, courriel) - Se référer aux directives du MSSS : 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
Déplacements	- Suspendre l'accès des usagers aux aires d'entreposage ou aux aires communes (ex. : lingerie, cuisinette, machine à glace, etc.). ▶ Limiter les déplacements de tous les usagers hors de leur chambre à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. Pour certains milieux (ex. : milieux de vie), une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) peut être réalisée selon les modalités locales. - Lors des déplacements absolument requis pour raisons médicales, les usagers doivent porter un masque médical (si toléré) et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter leur chambre et maintenir une distanciation physique de deux mètres en tout temps. - Les usagers doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. - Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le déplacement des usagers si applicable (ex. : fauteuil roulant, civière, aide à la marche, etc.).	
Activités sociales et thérapeutiques	- Suspendre temporairement les activités sociales et les soins ou services offerts par les travailleurs externes (ex. : coiffeur, soins des pieds, etc.). - Favoriser les interventions/consultations à distance. - 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, se référer aux directives du MSSS : 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	

Gestion des travailleurs de la santé	
Ressources humaines	▶ 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. ▶ Se référer aux directives du MSSS pour les soins de longue durée : 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
Mobilité des TdeS	▶ Se référer aux directives du MSSS pour les soins de longue durée : 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 ▶ Directives du MSSS à venir pour les milieux de soins aigus. ▶ Restreindre la circulation dans l'unité en éclosion aux TdeS requis pour les soins et les services. ▶ Assurer une stabilité des TdeS sur l'unité en éclosion. ▶ Pour les TdeS qui se déplacent sur plusieurs unités dans l'installation, débuter, dans la mesure du possible, par les zones froides suivies des zones tièdes et terminer par les zones chaudes.
Rencontre d'informations	▶ Réaliser une séance d'information avec les TdeS sur tous les quarts de travail dès le début de l'éclosion et la répéter régulièrement et 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. ▶ Rappeler les mesures en situation d'éclosion sur les précautions additionnelles et les ÉPI. ▶ Rappeler les symptômes à surveiller afin de détecter rapidement les cas. ▶ Dresser un tableau clair de la situation (ex. : nombre de cas, mesures prises jusqu'à maintenant, etc.). ▶ Identifier une personne à qui se référer pour toute question relative à l'application des mesures. ▶ Rappeler les mesures pour protéger les TdeS (ex. : hygiène des mains, respect de la distanciation physique, port du masque, surveillance des symptômes, etc.). ▶ Informer des résultats d'audits ayant été effectués (ex.: hygiène des mains, port de l'ÉPI, hygiène et salubrité, distanciation physique des TdeS, etc.).
Distanciation physique chez les TdeS	▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres avec les autres TdeS sur l'unité, au poste de garde, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur. ▶ Les mesures suivantes peuvent aider à maintenir une distance de deux mètres entre les TdeS : ▶ Délimiter au sol des espaces à respecter au poste de garde. ▶ Salles de réunion et de café : Afficher le nombre de personnes autorisées, retirer les chaises en trop, délimiter au sol l'emplacement des chaises pour respecter le deux mètres. ▶ Cafétéria : Faire des X sur les tables de la cafétéria et retirer des chaises pour limiter le nombre de personnes aux tables.

Suivis de l'éclosion	
TdeS symptomatique	▶ Retirer immédiatement du milieu de travail toute personne qui se présente avec de la fièvre ou de la toux ou des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
TdeS exposé	▶ Évaluation de l'exposition par le service de santé ou la DSPublique selon les modalités locales. ▶ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Suivis des cas	▶ Suivre quotidiennement l'évolution de l'éclosion avec le nombre de nouveaux cas nosocomiaux. Un outil est proposé pour les milieux de courte durée et ceux de longue durée qui permet de faire des courbes épidémiques. Référer à : ▶ Soins courte durée - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19 ▶ CHSLD - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19 ▶ Un modèle de grilles de surveillance de cas et contact est proposé (outils joints) et peut être adapté localement : ▶ Usagers ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif ou un diagnostic de la COVID-19 (ou Excel) ▶ Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel) ▶ Travailleurs ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif (COVID-19) (ou Excel) ▶ Travailleurs ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel)
Indicateurs	▶ Suivre les indicateurs de la vigie surveillance et compléter quotidiennement selon les indications du MSSS. ▶ Différents indicateurs peuvent être suivis et adaptés localement en collaboration avec le service de PCI ou la DSPublique. ▶ Surveiller minimalement le taux d'incidence quotidienne (courte durée) ou taux d'attaque quotidienne (longue durée). Référer à : ▶ Soins courte durée - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19 ▶ CHSLD - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19

Section 3 Gestion de fin d'une éclosion

Mesures d'hygiène et salubrité	
Hygiène et salubrité	En ajout de toutes les activités de nettoyage et désinfection réalisées dans le cadre de la gestion d'une éclosion, ajouter les éléments suivants lors de la fin d'une éclosion : ▶ Nettoyer et désinfecter tous les objets de l'unité qui ont été touchés et manipulés incluant le matériel médical. Désigner une personne responsable de cette tâche. ▶ Jeter tout le matériel qui ne peut être nettoyé ou désinfecté. ▶ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste de garde, matériel informatique, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.). ▶ Nettoyer et désinfecter les chambres et autres espaces de l'unité qui n'ont pas été nettoyés et désinfectés lors de la cessation des précautions additionnelles ou le départ de l'usager. ▶ Les informations concernant le protocole de nettoyage et de désinfection lors de la fermeture d'une zone tiède ou chaude sont disponibles sur le site du MSSS. Technique - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact
Déclaration de fin d'éclosion	
Signalement de fin d'éclosion	▶ Signaler la fin de l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues (ex. : appel téléphonique, formulaire).
Communication	▶ Émettre une communication au sein de l'installation pour aviser les employés, les usagers et les visiteurs/proches aidants que l'éclosion est terminée. ▶ Retirer l'affichage en lien avec l'éclosion.
Bilan de fin d'éclosion	
Rencontre de bilan	▶ Effectuer un retour en comité de gestion d'éclosion afin d'identifier les interventions positives, les opportunités d'amélioration et d'évaluer le processus de gestion. ▶ Rédiger un rapport de l'éclosion et l'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'installation. ▶ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
Surveillance	▶ Poursuivre la surveillance active de l'apparition de nouveaux cas chez les usagers et les TdeS.
Poursuite des activités	▶ Référer à la section 1 : Préparation à une éclosion du présent document. Les mesures présentées dans cette section doivent être aussi maintenues et appliquées même si l'éclosion a pris fin.

Références

Alberta health services (AHS). (2020). *Guidelines for COVID-19 outbreak prevention, control, management in congregate living sites*. Version septembre 2020. Repérer au : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-outbreak-management-congregate-guidelines.pdf>

British Columbia center for disease control (BCCDC). (2020). *Infection Prevention and Control Requirements for COVID-19 in Long Term Care and Seniors' Assisted Living*. Version 2020-06-30. Repéré au : http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID19_LongTermCareAssistedLiving.pdf

Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). (2020). *Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals*. Version 2020-11-01. Repéré au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/CNISP%20COVID-19_and_VRI_surveillance_protocol_01Nov2020_EN.pdf

Center for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Preparing for COVID-19 in Nursing Homes*. Version 2020-06-25. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>

Center for disease control and prevention (CDC). (2020b). *Responding to Coronavirus (COVID-19) in nursing home. Considerations for the public health responses to COVID-19 in nursing homes*. Version 2020-04-30. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-responding.html>

Center for disease control and prevention (CDC). (2020c). *Testing guidelines for Nursing Homes*. Version 2020-10-16. Repéré au : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-testing.html>

Communicable Diseases Network Australia (CDNA). (2020a). *CDNA National Guidelines for Public Health Units in Australia*. Version 2020-10-28. Repéré au : <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cdna-song-novel-coronavirus.htm>

Communicable Diseases Network Australia (CDNA). (2020b). *CDNA National Guidelines for the Prevention, Control and Public Health Management of COVID-19 Outbreaks in Residential Care Facilities in Australia*. Version 2020-11-29. Repéré au : <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>

Lauer, S.A., Grantz, K.H., Bi, Q., Jones, F.K., Zheng, Q. et al. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Annals of Internal Medicine*. Repéré au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150748/>

Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2020a). *COVID-19 Directive #3 for Long-Term Care Homes under the LongTerm Care Homes Act, 2007 Issued under Section 77.7 of the Health Protection and Promotion Act (HPPA), R.S.O. 1990, c. H.7*. Repéré au : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/LTCH_HPPA.pdf

Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2020b). *COVID-19 guidance: acute care*. Version 2020-06-15. Repéré au : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_acute_care_guidance.pdf

Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2020c). *COVID-19 Outbreak Guidance for LongTerm Care Homes (LTCH)*. Version 2020-04-15. Repéré au : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/LTCH_outbreak_guidance.pdf

Santé publique France. (2020). *Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19*. Version 2020-05-30. Repéré au : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/rapport-synthese/guide-pour-l-identification-et-l-investigation-de-situations-de-cas-groupes-de-covid-19>

Swissnoso (2020). *Prevention and control of healthcare-associated COVID-19 outbreaks*. Version 1.0 2020-05-15. Repéré au : https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/2005_15_Prevention_and_control_of_healthcare-associated_COVID-19_outbreaks_V1.0_ENG.pdf

Versions antérieures

Version	Date	Pages	Modifications
V 2.0	2020-12-03	Section Définition	▶ Plusieurs ajouts et modifications dans les définitions dont : ▶ Modification de la définition de cas nosocomial ▶ Ajout de la définition période de contagiosité (pour intervention) ▶ Modification de la définition de fin d'éclosion ▶ Modification de la définition contact étroit usager et contact élargi usager ▶ Ajout des définitions contact étroit et contact élargi travailleur de la santé
		Section Prévention d'une éclosion	▶ Modification des indications de dépistages en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) ou de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion).
		Section Prévention d'une éclosion	▶ Remplacement de l'<i>Algorithme de gestion lors de la survenue d'un premier cas pour la prévention d'une éclosion</i> par trois algorithmes : ▶ <i>Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager</i> ▶ <i>Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas travailleur de la santé</i> ▶ <i>Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion</i>
		Section Gestion d'une éclosion	▶ Modifications de la section Rehaussement des dépistages
		Section Suivi de l'éclosion	▶ Ajout de liens pour accéder à des courbes épidémiologiques des nouveaux cas de COVID-19

Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

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

SOUS LA COORDINATION

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

MISE EN PAGE

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

© Gouvernement du Québec (2020)

No de publication : 3066