

Émission : 31-03-2021

Mise à jour :

Directive ministérielle DGSP-021

Catégorie(s) : ✓ Gestion des éclosions COVID-19
✓ Surveillance

Directive sur l'application des recommandations concernant la gestion des cas et des contacts dans le contexte de la circulation des variants sous surveillance rehaussée

Nouvelle directive

Expéditeur : Direction générale de la santé publique (DGSP)



Destinataires :

- Aux PDG et DG des établissements publics du RSSS
- Aux directeurs de santé publique

Directive	
Objet :	Gestion des cas et des contacts, en milieu communautaire, dans le contexte de la circulation des variants.
Principe :	<p>Gestion des cas et des contacts dans le contexte de la circulation des variants sous surveillance rehaussée, à réaliser dans une approche unifiée par l'ensemble des directions de santé publique des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.</p> <p>Par « approche unifiée », il est entendu que les cas et leurs contacts sont tous gérés de manière rehaussée qu'ils soient ou non des variants présumptifs ou confirmés.</p> <p>Cette directive tient compte des recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) concernant les options de gestion des cas de variants du SRAS-CoV-2 sous surveillance rehaussée (VSSR) et de leurs contacts dans la communauté du 9 mars 2021 et du document COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires du 9 mars 2021.</p> <p>Le concept des « membres du domicile » s'applique principalement aux domiciles privés, mais pourrait aussi s'appliquer aux milieux de vie s'apparentant à une dynamique similaire (ex. : RTF, centres jeunesse).</p> <p>Cette directive s'applique aux services de garde, aux milieux scolaires (préscolaires, primaires, secondaires et post-secondaires) et dans les milieux de travail. Elle ne s'applique pas aux expositions survenant dans le cadre de la prestation de services en milieux de soins, où des cadres spécifiques sont développés par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).</p>
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identification des cas et des contacts dans les meilleurs délais ✓ Isolement des cas et des contacts dans les meilleurs délais ✓ Isolement des membres du domicile d'un contact de cas jusqu'à l'obtention de résultats négatifs de leur contact ✓ Obtention des résultats de laboratoire des cas et des contacts dans les meilleurs délais

Émission :	31-03-2021
------------	------------

Mise à jour :	
---------------	--

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	Direction générale de la santé publique SantéPubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	N/A

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
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGSP-021

Directive

Mise en contexte

Lors de la réplication du virus SRAS-CoV-2 dans les cellules de son hôte, des mutations peuvent se produire naturellement dans l'ensemble de son génome. Ces sous-types de virus sont des « variants » du virus initial, caractérisé au début de la pandémie de COVID-19. Certaines mutations ont le potentiel d'augmenter la transmissibilité du virus et la sévérité de la maladie, mais aussi d'affecter l'efficacité des tests diagnostiques, des vaccins et des traitements contre la COVID-19.

D'autres éléments de contexte conduisent au renforcement de la gestion des cas et des contacts (GCC) des variants du SRAS-CoV-2 sous surveillance rehaussée (VSSR) et conditionnent son applicabilité, par exemple :

- approche à visée suppressive pour retarder l'implantation des VSSR pendant la période d'intensification de la vaccination populationnelle;
- priorité sociétale vers le déconfinement / l'assouplissement des mesures visant à réduire les impacts collatéraux de la pandémie, mais qui augmente nécessairement les risques d'exposition aux VSSR;
- capacité rehaussée du réseau de santé publique pour réaliser la GCC (dont le maintien est requis pour mettre en œuvre la directive);
- maintien de l'acceptabilité sociale de la GCC par la population générale.

La circulation de ces variants introduit la nécessité de mettre en place une stratégie rehaussée avec une approche unifiée.

- **Approche distincte** : effectuer une gestion des cas différente, selon que le cas soit un variant ou non.
- **Approche unifiée** : effectuer une gestion des cas équivalente, que le cas soit un variant ou non.

Cette directive s'inscrit dans un contexte où l'approche unifiée est préconisée, étant donné la volonté de freiner la propagation des variants, pendant la période où la vaccination contre la COVID-19 est en cours dans la population. Cette stratégie apparaît comme la plus efficace pour intervenir dans les meilleurs délais auprès des cas et des contacts et de limiter la survenue d'éclosions ou leur ampleur dans ces milieux.

Dans cette perspective, il est attendu que les directions de santé publique adoptent une stratégie très sensible pour l'identification des contacts dans les milieux et interviennent avec la même rigueur qu'il y ait présence de VSSR ou non.

Renforcer l'application des mesures préventives générales

L'application rigoureuse des mesures préventives doit être encouragée, incluant de limiter le plus possible les interactions, de pratiquer la distanciation physique et de porter un masque en tout temps dans les transports en commun et dans les lieux publics fermés ou partiellement couverts, sans égard à la distanciation de 2 mètres.

Toute personne présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 doit s'isoler et se faire tester le plus rapidement possible. Une période d'observation des symptômes de 24 h s'applique pour les enfants de 6 mois à 5 ans. Les personnes vivant sous le même toit que ces personnes doivent s'isoler dans l'attente du résultat. Ces consignes devraient être données directement par le centre désigné de dépistage (CDD).

Identification des variants sous surveillance rehaussée (VSSR) en circulation au Québec

Une stratégie de criblage de tous les échantillons cliniques positifs pour le SRAS-CoV-2 est en cours au Québec. Actuellement, un peu plus de 90 % des cas de COVID-19 positifs sont criblés. Ce criblage consiste en un deuxième TAAN qui permet d'identifier des mutations associées à des lignées présomptives de VSSR. Le séquençage, qui prend au moins 7 à 10 jours, est requis pour confirmer les VSSR. Il est réalisé sur tous les échantillons criblés qui identifient un variant présomptif et de manière aléatoire sur une proportion d'échantillons positifs pour les SRAS CoV-2.

L'identification rapide d'une personne infectée par le SRAS-CoV-2, de sa source d'acquisition (individu ou milieu) et de ses contacts, de même que l'application diligente des mesures appropriées auprès de cette personne et de ses contacts sont prioritaires pour contrôler la transmission du virus que ce soit un VSSR ou non.

Stratégie de gestion des cas et de leurs contacts

Lorsqu'un cas est confirmé au Québec, les autorités de santé publique mènent, dans un délai de 24 h, une enquête pour identifier toutes les personnes ayant été exposées à la personne infectée et lorsque possible, toutes les personnes et milieux ayant pu être la source de l'infection de la personne infectée. Un premier résultat positif pour le SRAS-CoV-2, avant même d'avoir reçu le résultat du criblage ou du séquençage, est suffisant pour réaliser l'enquête auprès du cas et intervenir auprès de ses contacts. Une évaluation de risque est alors réalisée afin d'effectuer une gestion appropriée des personnes ayant été exposées. Selon cette évaluation, [l'exposition peut être catégorisée en trois catégories de risque](#) : élevé, modéré ou faible.

Cette évaluation individuelle doit prendre en considération plusieurs facteurs (ex. : durée de l'exposition, respect de la distanciation, port du masque et type de masque utilisé, barrière physique), ainsi que la situation épidémiologique (ex. : éclosion). Pour le moment, le statut vaccinal ne doit pas être pris en compte dans l'évaluation et la gestion du risque des contacts, sauf pour les travailleurs de la santé afin de moduler les indications de retrait du travail et dans le contexte de la vaccination prioritaire auprès de cette clientèle ([SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée d'isolement des travailleurs de la santé](#)). Le port du masque peut permettre d'abaisser le niveau de risque à faible **selon l'évaluation de risque**. Par exemple, en milieu de travail, si le cas obtient un résultat de criblage positif, cette situation peut être possible si le cas et le contact portaient adéquatement un masque médical ou un masque attesté BNQ pendant toute la durée de l'exposition. Les masques d'allure médicale ne doivent pas être gérés comme des masques médicaux.

Port du masque ou du couvre-visage

Dans le cadre de la gestion des cas et des contacts, les masques peuvent se catégoriser en quatre types : les masques médicaux, les masques à usage non médical attestés par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ), les masques d'allure médicale et les couvre-visages. Des précisions sur ces masques sont apportées par [l'INSPQ](#).

Le port du masque d'allure médicale ou du couvre-visage est une mesure collective complémentaire à la distanciation physique pour réduire l'émission d'aérosols ou de gouttelettes. Il demeure donc recommandé pour la population, mais ne peut garantir une protection individuelle suffisante lors d'une exposition à un cas de COVID-19.

L'évaluation de risque ne doit pas passer uniquement sur le port d'un masque médical (ou masque attesté BNQ) ou d'un couvre-visage, mais plutôt sur l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer le niveau de risque de transmission de la COVID-19. Lorsqu'une évaluation du risque plus détaillée peut être effectuée par la DSPublique, celle-ci doit juger de la pertinence d'ajuster le niveau de risque en fonction des informations recueillies.

Gestion des cas et des contacts dans les services de garde et les milieux scolaires

Tel qu'indiqué dans les recommandations de l'INSPQ pour ces milieux, l'évaluation du risque dans les services de garde et les milieux scolaires ([préscolaires, primaires, secondaires, post-secondaires](#)) doit tenir compte du type d'interactions qu'on y retrouve (ex. : plusieurs heures passées avec le même groupe, le comportement des enfants en fonction de leur âge, tâches du personnel, interactions durant les pauses et les heures de repas) (Annexes 1 et 2).

Cas confirmés

Tous les cas confirmés (VSSR ou non) sont aussi invités à respecter rigoureusement les mesures. Ils doivent être isolés pour une période d'au moins 10 jours écoulée depuis la date de référence (date de début des symptômes ou date de prélèvement). D'autres critères sont considérés par les directions de santé publique (DSPublique) pour lever l'isolement (amélioration du tableau clinique depuis 24 h, absence de fièvre depuis 48 h). Les DSPublique effectuent un suivi minimalement, au début et à la fin de l'isolement pour s'assurer du respect des mesures et de la capacité du cas à s'isoler.

Pour les contacts asymptomatiques d'un cas confirmé, la gestion dépend de la catégorie de risque.

- Pour les contacts à risque faible, l'autosurveillance des symptômes est recommandée sans isolement préventif;
- Pour les contacts à risque élevé ou modéré, l'isolement préventif doit être réalisé pendant 14 jours à partir de la date de la dernière exposition avec le cas.
 - le dépistage doit être réalisé, dans les meilleurs délais, tout en s'assurant d'un minimum de 3 jours, après la première exposition au cas durant sa période de contagiosité¹;
 - la DSPublique rehausse les interventions de surveillance active en cours d'isolement, selon des facteurs individuels et épidémiologiques (ex. : surveillance active au début, au milieu et à la fin de la période d'isolement);
 - un 2^e dépistage dans les 48 h avant la levée de l'isolement est fortement recommandé. La période d'isolement doit être complétée même si le contact obtient un résultat négatif pour le SRAS-CoV-2. Ce 2^e dépistage n'est pas nécessaire si pour une autre raison, un test a été réalisé à partir du jour 10. Dans une approche unifiée, ce 2^e dépistage devrait être réalisé pour tous les contacts à risque élevé ou modéré, d'un cas de VSSR ou non.

Note 1 : Si le contact est un ancien cas confirmé par laboratoire et que la nouvelle exposition a eu lieu 90 jours ou moins après le début de l'épisode précédent de COVID-19, l'autosurveillance des symptômes est recommandée sans isolement préventif. Si le contact est un ancien cas confirmé par lien épidémiologique, se référer aux recommandations de [l'INSPQ](#).

Note 2 : Dans le cas d'une exposition continue sans l'application des mesures strictes (ex. : personne vivant sous le même toit qu'un cas), un test supplémentaire pourrait être demandé par la direction de santé publique, par exemple, 3 jours après la dernière exposition).

Note 3 : Toute personne présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 doit se faire tester dans les meilleurs délais. Advenant un résultat négatif au SRAS-CoV-2 chez une personne symptomatique, l'isolement doit se poursuivre conformément aux facteurs à prendre en considération pour la levée de l'isolement. Pour toutes précisions, se référer [aux recommandations de l'INSPQ](#).

Personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas confirmé (de VSSR ou non)

Dans cette situation, l'isolement préventif des personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas confirmé est recommandé jusqu'à l'obtention du 1^{er} résultat négatif du contact d'un cas confirmé. Précisons que la durée de cet isolement préventif peut être assez courte considérant le délai pour obtenir le résultat du dépistage (24 h à 48 h). Les enfants habitant sous le même toit qu'une personne considérée comme un contact d'un cas confirmé ne doivent pas fréquenter un milieu scolaire ou de garde jusqu'à l'obtention du résultat du 1^{er} test de dépistage réalisé chez le contact.

Si les recommandations ayant trait à l'isolement préventif doivent s'exercer dans un milieu d'hébergement regroupant plusieurs travailleurs (foresterie, construction, travailleurs étrangers temporaires du milieu agricole, etc.) et que les caractéristiques du lieu ne permettent pas une distanciation physique de 2 mètres entre les occupants, il peut être plus avisé de demander au travailleur d'effectuer sa prestation de travail, si celui-ci œuvre exclusivement à l'extérieur et à distance des autres travailleurs tout au long de son quart de travail, plutôt que d'observer l'isolement à l'intérieur du milieu d'hébergement.

- Si le test est négatif, les membres du domicile du contact pourront reprendre leurs activités en respectant rigoureusement les mesures préventives (ex. : port de masque, respecter la distanciation), mais en limitant les sorties non essentielles (ex. : restaurant, cinéma) jusqu'à la levée de l'isolement du contact. Pour les travailleurs ne pouvant être en télétravail, un auto-isolement au travail (maintien d'une distance d'au moins 2 mètres, en tout temps incluant, durant les pauses et les repas et port du masque médical attesté en tout temps si à moins de 2 mètres) est recommandé.
- En cas de refus de test, l'isolement des membres du domicile du contact devra se poursuivre jusqu'à la levée de l'isolement du contact, soit 14 jours. Si d'autres membres du domicile développent des symptômes, l'isolement devra se poursuivre jusqu'à 14 jours, suite à la date du début des symptômes de la dernière personne ayant développé des symptômes ou jusqu'à ce que tous les contacts aient reçu un résultat de test négatif.

¹ Il est probable que le délai de 3 jours soit atteint au moment où la santé publique communique avec le contact.

Dans l'optique de la mise en œuvre de la stratégie mise en place pour réduire la transmission du SRAS-CoV-2, le directeur national de santé publique demande que ceci s'applique, autant pour les personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas de VSSR, que pour les personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas non associé à un VSSR. Ceci s'applique que le contact soit symptomatique ou non.

Levée de l'isolement des travailleurs de la santé

S'il n'est pas possible d'assurer la prestation de services malgré la mise en place de solutions alternatives (ex. : réorganisation des horaires de travail, optimisation des corps d'emploi, etc.) et malgré le recours aux travailleurs rétablis selon les conditions du CINQ énoncés dans la directive ci-dessous, les établissements doivent utiliser une approche de gestion des risques.

Pour plus d'information, se référer à la directive ministérielle DGSP-018 sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.