



Établissements de soins actifs : pratiques exemplaires pour gérer les éclosions de COVID-19

2^e édition : janvier 2023

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de toute la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Elle met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario offre au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé un soutien scientifique et technique spécialisé en matière de :

- maladies infectieuses et transmissibles;
- prévention et contrôle des infections;
- santé environnementale et au travail;
- préparation aux situations d'urgence;
- promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes;
- services de laboratoires de santé publique.

Les activités de Santé publique Ontario incluent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et la prestation de services axés sur le savoir. Pour en savoir plus, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Établissements de soins actifs : pratiques exemplaires pour gérer les éclosions de COVID-19*, 2^e éd., Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023.

Santé publique Ontario remercie le gouvernement de l'Ontario pour son soutien financier.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

Historique de publication

Première édition : 2021

Deuxième édition : janvier 2023

Image de couverture

Public Health Image Library des CDC; Eckert A, Higgins D. N° d'identification : 23312 [Internet], Atlanta (Géorgie), Centers for Disease Control and Prevention, 2020 [consulté le 21 oct. 2022]. Disponible à : <https://phil.cdc.gov/Details.aspx?pid=23312>.

Avis de non-responsabilité

Le présent document a été préparé par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI). Le CCPMI-PCI est un organisme consultatif multidisciplinaire scientifique qui conseille Santé publique Ontario (SPO) sur la prévention et le contrôle des infections associées aux soins de santé. Les travaux du CCPMI-PCI reposent sur les meilleures données probantes et sont mis à jour selon les besoins. Les outils et les documents sur les pratiques exemplaires que produit le CCPMI-PCI sont l'expression de l'opinion généralisée de ses membres relativement aux pratiques qu'ils jugent prudentes. Ces ressources sont mises à la disposition des services de santé publique et des fournisseurs de soins de santé. SPO n'assume aucune responsabilité quant à l'utilisation qui sera faite de ce document.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

NOTA : Le présent document vise uniquement à présenter les pratiques exemplaires.

Il appartient aux établissements de soins de santé de faire le nécessaire pour les mettre en œuvre et améliorer la qualité des soins.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

Tél. : 647 260-7100 Courriel : pidac@oahpp.ca

Auteurs et collaborateurs

Santé publique Ontario remercie de leur expertise les personnes qui ont contribué à élaborer le présent document.

Membres du CCPMI-PCI

D^r Dominik Mertz, président

Professeur agrégé, directeur médical, prévention et contrôle des infections, Hamilton Health Sciences, Hamilton

Maria Louise Azzara

Spécialiste, prévention et contrôle des infections, York Region Community and Health Services, Richmond Hill

D^r William Ciccotelli

Maladies infectieuses et microbiologie médicale, Hôpital Grand River, Kitchener

Megan Clarke

Professionnelle en prévention des infections, The Hospital for Sick Children, Toronto

Zahir Hirji

Chef, vie privée et gestion du risque, Scarborough Health Network, Toronto

D^{re} Susy Hota, vice-présidente (en date de novembre 2022)

Directrice médicale, prévention et contrôle des infections, Réseau universitaire de santé, Toronto

D^{re} Jennie Johnstone

Directrice médicale, prévention et contrôle des infections, Sinai Health, Toronto

Liz McCreight

Directrice, prévention et contrôle des infections et risque, Sinai Health, Toronto

D^r Matthew Muller, président (jusqu'en août 2022)

Directeur médical, prévention et contrôle des infections, Hôpital St. Michael, Toronto

Francine Paquette

Directrice, prévention et contrôle des infections, peopleCare Communities, Waterloo

D^{re} Herveen Sachdeva

Médecin hygiéniste adjointe, Bureau de santé publique de Toronto, Toronto

Laurie Streitenberger

Chef, prévention et contrôle des infections, The Hospital for Sick Children, Toronto

Erika Vitale

Directrice, prévention et contrôle des infections et planification en cas de pandémie, Hôpital régional de Windsor, Windsor

Membres d'office

Anne Augustin (à compter d'octobre 2022)

Chef d'équipe, intervention et soutien en cas d'éclosion – protection de la santé, SPO

Sandra Callery (jusqu'en septembre 2022)

Conseillère principale, protection de la santé – sciences et santé publique, SPO

Melissa Helferty

Chef, Politiques et programmes en matière de maladies infectieuses, ministère de la Santé de l'Ontario

D^r Samir Patel

Microbiologiste clinicien et directeur général adjoint, recherche pour les laboratoires, SPO

D^r Nikhil Rajaram

Médecin provincial, Direction de la santé et de la sécurité au travail, ministre du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences de l'Ontario

D^{re} Michelle Science

Médecin spécialiste de la prévention et du contrôle des infections, SPO

Jacky Sweetnam

Chef intérimaire, Unité du soutien à la gestion des situations d'urgence, ministère des Soins de longue durée de l'Ontario

Expert-conseil

D^r Kevin Katz

Directeur médical, prévention et contrôle des infections, Hôpital général de North York, Toronto

Table des matières

Abréviations	1
Glossaire	2
Préambule	5
1. Portrait épidémiologique du SRAS-CoV-2 et de la COVID-19	6
2. Définition d'une écloison de COVID-19	8
2.1 Facteurs à envisager aux fins de la déclaration d'une écloison	8
2.1.1 Déterminer si un cas doit être considéré comme nosocomial	8
2.1.2 Interprétation d'un test de dépistage positif pour la COVID-19 chez une personne asymptomatique	9
2.1.3 Grappes de cas au sein du personnel.....	10
2.1.4 grappes de cas de COVID-19 dans des chambres à plusieurs lits	11
3. Détection des écloisions	13
3.1 Surveillance des patients.....	13
3.2 Surveillance du personnel	13
4. Infection nosocomiale d'un seul patient ou membre du personnel : enquête initiale	14
4.1 Patient infecté	14
4.2 Membre du personnel infecté.....	14
5. Gestion des écloisions dans les unités de soins hospitaliers	15
5.1 Avis	15
5.2 Mesures immédiates.....	15
5.3 Réunion de l'équipe de gestion des écloisions	16
5.4 Évaluation et gestion des écloisions.....	17
5.4.1 Rapidité de la détection des cas et de la recherche des contacts	17
5.4.2 Endiguement des écloisions.....	18
5.4.3 Contrôle de la transmission dans les unités touchées par une écloison	19
5.5 Communication	20
5.5.1 Mesures essentielles	20
5.6 Suivi de la transmission	20
5.6.1 Mesures essentielles	21
5.7 Annonce de la fin de l'écloison.....	21
5.7.1 Mesures essentielles	21
6. Gestion des écloisions en milieux de soins externes à risque élevé	22
6.1 Unités d'hémodialyse	22
6.2 Cliniques de perfusion et unités médicales de jour	24
6.3 Services d'urgence.....	25
7. Gestion d'une écloison au sein du personnel	27
Bibliographie	28
Annexe A. Symptômes de la COVID-19	35
Annexe B. Plan d'action pour une première réunion de l'équipe de gestion des écloisions	36

Liste des tableaux

Tableau 1. Cadre de classification des cas pour les patients hospitalisés..... 11
Tableau 2. Cadre de classification des cas pour le personnel 12

Abréviations

CMSST	comité mixte sur la santé et la sécurité au travail
COVID-19	maladie à coronavirus 2019
EGE	équipe de gestion des éclosions
EPI	équipement de protection individuelle
HD	hémodialyse
PCI	prévention et contrôle des infections
RT-PCR	transcription inverse-amplification en chaîne par polymérase
SRAS-CoV-2	coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2
SST	santé et sécurité au travail
SU	services d'urgence

Glossaire

aérosols : Petites gouttelettes d’humidité parfois porteuses de microorganismes. En raison de leur légèreté, les aérosols peuvent brièvement demeurer en suspension et ainsi être inhalés, avec les microorganismes qu’ils contiennent¹.

désinfection : Désactivation des microorganismes causant des maladies; ne détruit pas les spores bactériennes. Pour que le processus soit efficace, le matériel et les appareils médicaux doivent être soigneusement nettoyés au préalable.

éclosion : La définition actuelle d’éclosion du ministère de la Santé dans le cas de la COVID-19 en Ontario est la suivante : deux patients ou membres du personnel ou plus dans une zone déterminée (unité/étage/service) avec des résultats positifs d’un test d’amplification en chaîne par polymérase (PCR), d’un test moléculaire rapide ou d’un test antigénique rapide dans une période de sept jours, les deux cas ayant raisonnablement acquis leur infection dans l’hôpital⁴. Soulignons que cette définition ne peut être invoquée à elle seule pour justifier la déclaration d’une éclosion. Il faut également établir la probabilité de transmission incontrôlée en collaboration avec le bureau de santé publique.

équipement de protection individuelle (EPI) : Vêtement ou équipement porté pour se protéger d’un danger¹.

établissement de santé : Ensemble d’infrastructures physiques où s’effectue la prestation de services de santé. Ne sont pas considérés comme des établissements de santé les résidences des patients et les bureaux de médecins, de dentistes ou d’autres professionnels où des soins sont parfois prodigués¹.

exposition à risque élevé (à un patient atteint de COVID-19) : Exposition à une personne infectée qui, après évaluation des facteurs de risque (durée de l’exposition, distance, port d’équipement de protection individuelle, pratique d’interventions médicales générant des aérosols, contact physique direct avec le cas ou ses sécrétions respiratoires, hygiène des mains), est réputée avoir induit une forte probabilité de contracter la COVID-19. Pour en savoir plus sur ce qui constitue une exposition à risque élevé, voir le document [Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario](#)³. Les patients, les fournisseurs de soins de santé et le personnel de soutien sont susceptibles d’être aussi bien la source que la cible de l’exposition.

fournisseur de soins de santé : Toute personne prodiguant des soins à un patient. Personnel d’un service d’urgence, médecin, dentiste, infirmier, thérapeute respiratoire, autre professionnel de la santé, préposé aux services de soutien à la personne, personnel de formation clinique, étudiant, fournisseur de soins à domicile, etc. Peut aussi comprendre les bénévoles qui prodiguent des soins en dehors des établissements de soins actifs. Voir aussi [personnel](#).

hygiène des mains : Terme général englobant toutes les formes de nettoyage des mains qui visent à éliminer les saletés visibles ou à retirer ou à détruire les microorganismes transitoires. Peut se faire avec une solution hydroalcoolique ou du savon et de l’eau courante. Comprend l’antisepsie chirurgicale¹.

nettoyage : Élimination des corps étrangers (poussières, saletés) et des matières organiques (sang, sécrétions, excréments, microorganismes). Le nettoyage ne sert pas à détruire les microorganismes, mais bien à les retirer à l'aide d'eau, de détergent et d'une action mécanique.

nosocomial : Qualifie une maladie qu'un patient contracte à l'hôpital ou à la suite d'un passage à l'hôpital (sans lien avec le problème de santé initial du patient).

personnel : Employés, médecins, personnel à forfait, bénévoles et étudiants qui travaillent dans un environnement où sont prodigués des soins, notamment, sans s'y limiter, les fournisseurs de soins de santé¹. Voir aussi [fournisseur de soins de santé](#).

précautions contre les contacts : Précautions qui s'imposent en plus des pratiques de base pour réduire le risque de transmission des agents infectieux par contact.

précautions supplémentaires : Précautions (contre les contacts, l'exposition aux gouttelettes et la transmission par voie aérienne) qui s'imposent en plus des pratiques de base pour certains pathogènes ou tableaux cliniques. Varient selon le mode de transmission (p. ex., par contact, par gouttelettes ou par voie aérienne)¹.

précautions : Mesures visant à réduire le risque de transmission des microorganismes (entre les résidents, avec le personnel, par contact avec l'environnement ou avec de l'équipement contaminé, etc.).

prévalence à un moment donné : Prévalence du SRAS-CoV-2 pour une journée ou une période donnée, mesurée en soumettant la totalité des patients ou des membres du personnel d'un service clinique précis à un test de dépistage pour détecter tous les cas symptomatiques et asymptomatiques de COVID-19.

protection oculaire : Dispositif couvrant les yeux porté par les fournisseurs de soins de santé dans le cadre d'interventions ou de soins qui risquent d'occasionner des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments, ou qui sont pratiqués dans un rayon de deux mètres d'un résident qui tousse. Ce terme englobe les lunettes de sécurité, les lunettes protectrices, les écrans faciaux et les visières.

quarantaine : Mesure consistant à isoler des personnes qui ont été exposées à une maladie transmissible et à en limiter les déplacements pour déterminer si elles ont contracté la maladie.

recherche des contacts en amont : Recherche rétrospective de la source du cas faisant l'objet d'une enquête afin de repérer les contacts et les autres cas²; vise à déterminer comment un patient a été exposé. Les éléments d'intérêt sont les contacts avec un cas confirmé de COVID-19 ou une personne symptomatique ayant eu lieu dans les sept jours précédents. Advenant la découverte d'une source potentielle, une recherche des contacts en aval peut être effectuée pour trouver d'autres cas. La recherche des contacts en amont pour les patients hospitalisés requiert une collaboration entre les équipes de prévention et de contrôle des infections, de santé au travail et de santé publique (pour retrouver les expositions précédant l'hospitalisation). Voir aussi [recherche des contacts en aval](#).

recherche des contacts en aval : Recherche et mise en quarantaine des personnes ayant été exposées au cas faisant l'objet d'une enquête pour arrêter la transmission²; vise à isoler les personnes ayant eu un contact avec le patient alors qu'il était contagieux, sans protection appropriée. Voir aussi [recherche des contacts en amont](#) et [quarantaine](#).

santé et sécurité au travail (SST) : Services préventifs et thérapeutiques de santé fournis dans le milieu de travail par des professionnels qualifiés (infirmiers, hygiénistes, médecins, etc.).

vérification : Examen systématique et indépendant visant à déterminer si les mesures d'assurance de la qualité et les résultats connexes respectent les ententes prises, sont employés à bon escient et permettent d'atteindre les objectifs fixés.

Préambule

Le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2) est l'agent viral à la source de la pandémie actuelle de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Bien qu'il se propage surtout par transmission communautaire, on observe des éclosions fréquentes dans les établissements de soins actifs⁵⁻¹², de soins continus et complexes ou de réadaptation, et de soins de longue durée¹³⁻³². Ces éclosions doivent être détectées et maîtrisées rapidement afin de réduire les risques pour les patients et le personnel hospitalier.

Il existe déjà des lignes directrices sur la gestion des éclosions de virus respiratoires dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario³³, et des initiatives semblables ont été entreprises dans les établissements de soins actifs. Toutefois, les caractéristiques épidémiologiques uniques du SRAS-CoV-2 requièrent une approche différente pour reconnaître et endiguer les éclosions.

Ainsi, le présent document vise à orienter la détection et la gestion des éclosions de COVID-19 dans les établissements de soins actifs, y compris dans les services accueillant des patients externes à risque élevé (unités d'hémodialyse, cliniques de perfusion, services d'urgence). Les recommandations formulées se basent sur des données de transmission à jour, des rapports d'enquête sur les éclosions, des lignes directrices professionnelles provisoires pour la prévention et le contrôle du virus et l'avis des experts. Elles seront révisées à mesure que de nouvelles informations seront disponibles, s'il y a lieu. La présente édition s'appuie sur les données recueillies lors des vagues de BA.1, de BA.2 et de BA.5 en Ontario et dans le monde.

Le présent document s'adresse au personnel des hôpitaux de soins actifs de l'Ontario qui exerce des fonctions dans les domaines suivants : prévention et contrôle des infections (PCI), sécurité des patients, amélioration de la qualité, gestion des risques, et santé et sécurité au travail (SST). Bien qu'il ait été conçu pour les établissements de soins actifs, le cadre de gestion des éclosions qu'il propose pourrait se révéler utile aux établissements de soins continus et complexes et de réadaptation ainsi qu'aux microbiologistes, aux administrateurs, aux médecins et aux bureaux de santé publique.

Comme les connaissances sur le SRAS-CoV-2 et la COVID-19 évoluent rapidement, il est important, avant d'appliquer une directive, d'évaluer le contexte local et les dernières données probantes et de consulter les équipes de santé publique, de PCI et de SST.

1. Portrait épidémiologique du SRAS-CoV-2 et de la COVID-19

Dans la plupart des cas, la transmission du SRAS-CoV-2 requiert un contact étroit prolongé. De fait, le taux d'attaque secondaire dans les ménages se situe entre 10 % et 50 %^{34,35} et les données indiquent une transmission limitée lors des contacts transitoires et sur des distances de plus de 2 m^{36,37}. La transmission se fait principalement par gouttelettes et aérosols respiratoires, particulièrement dans les endroits bondés et mal aérés; les contacts directs et indirects semblent présenter un risque moins élevé³⁸⁻⁴⁰.

La période médiane d'incubation du SRAS-CoV-2 est de 5 jours, mais les symptômes peuvent apparaître à tout moment entre 1 et 10 jours suivant l'exposition⁴¹. Bien que le variant Omicron présente une période d'incubation plus brève estimée à 3,4 jours⁴², les périodes d'incubation médiane et maximale sont toutes deux considérablement plus longues que celles de la grippe et des autres virus respiratoires, de sorte que certains cas ne sont détectés que plus d'une semaine après l'exposition initiale, retardant ainsi la détection des éclosions. En outre, il faut parfois attendre une à deux semaines pour savoir si les mesures employées ont suffi à contenir une éclosion. Qui plus est, la grande variabilité de la période d'incubation empêche de trancher facilement entre une transmission communautaire et une transmission nosocomiale.

Autre caractéristique épidémiologique, le SRAS-CoV-2 peut se transmettre dans les 48 heures précédant l'apparition de symptômes (période présymptomatique)⁴¹. De plus, certaines personnes infectées ne présentent jamais de symptômes. La proportion de personnes asymptomatiques a augmenté au cours de la dernière vague du variant Omicron, probablement en raison des caractéristiques mêmes de ce variant, mais aussi de l'immunité plus élevée au sein de la population. Ces personnes asymptomatiques peuvent tout de même être contagieuses, mais elles semblent l'être moins que les personnes présymptomatiques et symptomatiques⁴³⁻⁴⁹.

Avant l'émergence du variant Omicron, une nette réduction du risque d'éclosion ainsi que de la morbidité et de la mortalité qui y sont associées a été démontrée dans les foyers de soins de longue durée, car les vaccins contre la COVID-19 ont été administrés en priorité aux résidents et au personnel de ces établissements⁵⁰⁻⁵³. Cependant, les éclosions du variant Omicron touchent souvent du personnel, des patients ou des résidents vaccinés^{54,55}; c'est pourquoi il faut soumettre ces personnes à des tests de dépistage dans le cadre des mesures de gestion des éclosions afin de briser la chaîne de transmission. Une telle démarche était jugée inutile au début de la campagne de vaccination en raison d'un échappement immunitaire moindre.

Les principaux changements apportés dans la présente édition concernent les tests de dépistage administrés aux patients vaccinés en raison du déclin de l'immunité ainsi que de l'échappement immunitaire du variant Omicron⁵⁶⁻⁶⁰. La valeur ajoutée des vaccins bivalents administrés en doses de rappel pour parvenir à une immunité stérilisante (c.-à-d. une immunité qui empêche complètement un agent pathogène de causer une infection) reste à établir. Aux fins du présent document, nous supposons que la protection que confèrent les vaccins bivalents diminuera à l'instar des vaccins d'origine et de l'immunité que procure une infection antérieure. La mise au point éventuelle d'un vaccin procurant une

immunité stérilisante plus forte et durable pourrait permettre la dérogation aux recommandations énoncées dans la présente édition.

2. Définition d'une éclosion de COVID-19

La COVID-19 est en voie de s'établir comme virus endémique dans la collectivité. Compte tenu des caractéristiques du virus et de sa propagation dans la collectivité, on s'attend à ce que des infections nosocomiales continuent à se produire dans les établissements de santé. Toute transmission nosocomiale soupçonnée ou confirmée requiert une enquête immédiate et certaines mesures de contrôle. En cas de transmission incontrôlée (lorsque la chaîne de transmission n'est pas évidente), il faut envisager de déclarer une éclosion et de mettre en œuvre les mesures qui s'imposent en collaboration avec le bureau de santé publique. Toutefois, comme la période d'incubation du SRAS-CoV-2 peut être longue, il est parfois difficile de déterminer avec certitude si une personne a contracté la maladie avant ou pendant son admission à l'hôpital, surtout pour les membres du personnel et les patients externes, comme les patients dialysés, qui font des allers-retours réguliers entre l'établissement de soins et la collectivité. Il faut donc faire preuve de jugement avant de déclarer une éclosion de COVID-19, car les perturbations qui en résulteraient pourraient porter atteinte aux soins aux patients.

Le ministère de la Santé définit actuellement comme suit une éclosion de COVID-19 dans un hôpital de l'Ontario :

Deux patients ou membres du personnel ou plus dans une zone déterminée (unité/étage/service) avec des résultats positifs d'un test d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) ou d'un test moléculaire rapide ou d'un test antigénique rapide dans une période de sept jours, les deux cas ayant raisonnablement acquis leur infection à l'hôpital⁴.

Soulignons que cette définition ne peut être invoquée à elle seule pour justifier la déclaration d'une éclosion. Il faut également établir la probabilité de transmission incontrôlée en collaboration avec le bureau de santé publique.

2.1 Facteurs à envisager aux fins de la déclaration d'une éclosion

2.1.1 DÉTERMINER SI UN CAS DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME NOSOCOMIAL

Pour déterminer si une infection peut être raisonnablement considérée comme étant nosocomiale, il faut envisager les facteurs suivants :

- Si le cas est un patient, le temps écoulé entre son hospitalisation et l'apparition de symptômes ou un résultat positif à un test de dépistage. Bien que la période d'incubation du SRAS-CoV-2 soit de 1 à 10 jours, plus il s'est écoulé de temps entre l'hospitalisation du patient et l'apparition de symptômes ou le résultat positif, plus le cas est susceptible d'être nosocomial.
- Le nombre total de cas nosocomiaux confirmés chez les patients et les membres du personnel dans l'unité touchée (c.-à-d. fardeau de la COVID-19 et risque d'exposition connexe).
- Le caractère symptomatique ou asymptomatique des cas. Les personnes asymptomatiques peuvent avoir un résultat positif au test de dépistage pendant des semaines ou des mois après leur infection aiguë, qu'il y ait eu ou non un test PCR positif antérieur (auquel la plupart des gens ne sont pas admissibles en raison des restrictions imposées).
- Les expositions connues au SRAS-CoV-2, le cas échéant.
- Le niveau de transmission communautaire. Ce facteur revêt une importance particulière pour évaluer les cas chez les membres du personnel, mais il faut en tenir compte également pour les cas chez les patients (ainsi, lorsqu'une vague importante est en cours dans la collectivité, au moins deux cas positifs au sein du personnel au cours d'une brève période sont plus probables en l'absence de transmission nosocomiale).

Si un patient présente des symptômes de la COVID-19 15 jours après son hospitalisation, l'infection est manifestement nosocomiale. Inversement, si un patient asymptomatique reçoit un résultat positif moins d'une journée après son arrivée, on parlera d'infection acquise dans la collectivité. C'est dans le cas des patients hospitalisés de 1 à 7 jours avant le test positif ou l'apparition des symptômes qu'il faut s'en remettre à son jugement et à tous les facteurs ci-dessus.

2.1.2 INTERPRÉTATION D'UN TEST DE DÉPISTAGE POSITIF POUR LA COVID-19 CHEZ UNE PERSONNE ASYMPTOMATIQUE

Un test positif chez un patient ou un membre du personnel asymptomatique présente une difficulté particulière car il peut révéler :

- soit un cas présymptomatique qui présentera des symptômes plus tard et pourrait être hautement contagieux;
- soit un nouveau cas asymptomatique éventuellement contagieux*;
- soit un cas guéri non contagieux dont l'ARN viral n'a pas encore été complètement éliminé†;
- soit un faux positif non contagieux (rare)†.

*L'infectivité est probablement réduite chez les personnes vaccinées asymptomatiques qui reçoivent un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19^{61,62}, surtout celles qui reçoivent un résultat « faiblement positif » associé à une valeur de cycle seuil (Ct) élevée⁶³⁻⁶⁵.

†Il peut être bon de regarder la valeur de Ct des résultats aux tests par RT-PCR, car une valeur élevée révèle une présence moindre du virus, ce qui laisse supposer un résidu d'ARN viral ou un faux positif⁶³⁻⁶⁵. Un nouveau test après au moins 24 heures et la consultation d'un microbiologiste pourraient faciliter l'interprétation des résultats (p. ex., s'il s'agit d'un cas présymptomatique, la valeur de Ct baissera généralement, alors que chez un cas positif antérieur, la valeur de Ct sera élevée et augmentera).

Cela dit, dans le cas d'un patient ou membre du personnel asymptomatique, il importe :

- de déterminer les antécédents d'infection;
- de déterminer s'il a été exposé à un cas connu d'infection par le SRAS-CoV-2;

- de le surveiller pendant 48 heures pour déterminer si des symptômes apparaissent;
- d'administrer un autre test en cas de doute.

Il ne faut pas déclarer une éclosion en se fondant sur l'existence de cas asymptomatiques avant d'avoir décelé au moins deux nouveaux cas actifs de COVID-19 (sans égard aux symptômes) lorsque la chaîne de transmission est indéterminée.

2.1.3 GRAPPES DE CAS AU SEIN DU PERSONNEL

Il peut aussi être difficile de déterminer si on est en présence d'une éclosion lorsque les quelques infections confirmées ne touchent que le personnel. En effet, l'absence de cas du côté des patients peut avoir plusieurs causes :

- Une éclosion de COVID-19 dans une unité où aucune infection n'a encore été décelée chez les patients, et où on attend des résultats de tests.
- Une éclosion dans une unité où la transmission ne s'effectue qu'entre les membres du personnel (p. ex., dans la salle des employés).
- Une éclosion non circonscrite à une unité où la transmission s'effectue entre les membres du personnel, dans les aires communes (p. ex., bureau utilisé par tout un groupe professionnel).
- Une éclosion au sein du personnel où la transmission s'effectue en dehors de l'établissement (p. ex., covoiturage, réunions ou rencontres sociales, employés qui vivent ensemble).
- Une transmission communautaire accrue coïncidant avec la découverte de deux ou plusieurs cas chez des membres du personnel travaillant dans un même service.

Les éclosions au sein des membres du personnel sont fréquentes, même chez ceux qui n'ont pas de contact avec les patients. Elles sont souvent dues à des lacunes dans le port du masque et dans la distanciation physique dans les aires communes de l'établissement et ailleurs, avec une possibilité de transmission subséquente aux patients. On peut soupçonner une éclosion au sein du personnel lorsque plusieurs personnes travaillant dans un même service reçoivent un diagnostic de COVID-19, mais aussi lorsque des grappes de cas sont signalées dans un même groupe professionnel (pharmaciens, thérapeutes respiratoires, agents de sécurité, etc.) ou dans un quart de travail, les employés étant susceptibles de se rassembler même s'ils ne travaillent pas dans le même service. Dans une telle situation, la recherche de contacts devient cruciale pour trouver les liens épidémiologiques entre les cas et déterminer les endroits de l'établissement où des patients et des membres du personnel auraient pu avoir été exposés.

Si les données préliminaires indiquent que tous les cas chez le personnel découlent d'une transmission communautaire (p. ex., exposition par contacts communautaires connus où le sens de la transmission est clair[†]) ou s'il n'y a aucun signe de transmission nosocomiale (p. ex., aucun contact clair sans protection entre les employés concernés, aucun cas chez les patients), il pourrait ne pas être nécessaire de déclarer une éclosion en présence de deux ou plusieurs cas dans un même service, surtout si ce service compte beaucoup d'employés ou si la transmission communautaire est élevée. Dans une telle situation, il faut examiner attentivement les facteurs de risque associés à la transmission nosocomiale et communautaire pour chacun des cas. Qu'une éclosion soit déclarée ou non, l'enquête devra se poursuivre avec la recherche des contacts à risque élevé pour identifier d'autres membres du personnel et patients ayant pu avoir été exposés, et la mise en place de mesures pour réduire les risques de

transmission. S'il y a lieu de soumettre le personnel et les patients à des tests de dépistage, ces derniers doivent être administrés sans égard au statut vaccinal. Si l'on trouve d'autres cas dont on peut raisonnablement croire qu'ils sont nosocomiaux et sont survenus dans un délai de 7 jours, il pourrait être possible de conclure à une transmission incontrôlée; la consultation du bureau de santé publique s'impose pour déterminer s'il y a lieu ou non de déclarer une éclosion.

†Nota : La chronologie de l'apparition des symptômes et de l'obtention de résultats positifs chez les membres du ménage (ou d'autres contacts communautaires) peut se révéler utile pour déterminer le sens probable de la transmission (c.-à-d. d'un cas communautaire à un membre du personnel ou vice versa).

2.1.4 GRAPPES DE CAS DE COVID-19 DANS DES CHAMBRES À PLUSIEURS LITS

Il se peut que la déclaration d'une éclosion ne soit pas nécessaire dans le cas de grappes limitées à une seule chambre à plusieurs lits (p. ex., un des patients a reçu un diagnostic tardif de COVID-19 et a transmis le virus aux autres patients, ou a été exposé à un visiteur ou à un membre du personnel contagieux). De même, la détection d'un petit nombre de cas éventuellement nosocomiaux pendant une période de forte transmission de la COVID-19 dans la collectivité ne révèle pas nécessairement une transmission incontrôlée dans l'établissement, de sorte qu'il pourrait ne pas être nécessaire de déclarer une éclosion.

Les définitions aux fins de la surveillance des patients et du personnel figurent au [Tableau 1](#) et au [Tableau 2](#). Comme indiqué ci-dessus, l'identification de deux cas répondant à la définition de cas nosocomial ne doit pas donner lieu systématiquement à la déclaration d'une éclosion.

Tableau 1. Cadre de classification des cas pour les patients hospitalisés

Temps écoulé entre l'hospitalisation du patient et l'apparition de symptômes ou le résultat positif [§]	Exposition communautaire	Exposition nosocomiale	Aucune exposition connue
Moins d'une journée, aucune hospitalisation antérieure	Transmission communautaire	s.o.	Transmission communautaire
1 à 7 jours	Transmission communautaire probable	Transmission nosocomiale probable	Possibilité de transmission nosocomiale si plus de 4 jours [¶] ; exercice du jugement clinique si entre 1 et 4 jours
Plus de 7 jours	#	Transmission nosocomiale	Transmission nosocomiale

[§]Si un patient était déjà infecté à son admission, mais avait été hospitalisé dans les 7 jours précédents, la transmission nosocomiale demeure une possibilité.

[¶]Selon la période d'incubation médiane estimative de 3,4 jours du variant Omicron.

[#]Il faut faire preuve de jugement dans le cas des patients qui sortent pour la journée.

Nota : Ce cadre de classification ne s'applique pas aux patients externes (p. ex., patients dialysés) qui se rendent fréquemment dans un établissement de santé.

Tableau 2. Cadre de classification des cas pour le personnel

Présence de symptômes	Exposition communautaire	Exposition nosocomiale sans protection	Aucune exposition connue
Oui	Transmission communautaire	Transmission nosocomiale	Examiner la probabilité des deux types d'exposition et les facteurs de risque
Non	Transmission communautaire	Transmission nosocomiale	Examiner la probabilité des deux types d'exposition et les facteurs de risque et déterminer si le cas pourrait être le résultat d'une infection à distance ou un faux positif (les tests peuvent demeurer positifs pendant plus de 90 jours)

3. Détection des éclosions

Une détection rapide est essentielle pour maîtriser les éclosions de COVID-19; elle permet d’instaurer des mesures à temps pour prévenir une exposition prolongée et généralisée des patients et du personnel de même que la propagation à d’autres unités ou établissements. Tous les établissements doivent mettre en place des programmes de surveillance pour faire le suivi des cas (patients et personnel) et réunir les données ainsi recueillies afin de pouvoir reconnaître les éclosions.

3.1 Surveillance des patients

Les patients doivent être soumis à un dépistage des symptômes de la COVID-19 à l’admission, puis au moins deux fois par jour pendant leur séjour (voir l’[Annexe A. Symptômes de la COVID-19](#)). Les patients symptomatiques doivent être soumis aux [précautions supplémentaires](#) et subir un test de dépistage du SRAS-CoV-2. La PCI doit être avisée de tout nouveau patient manifestant des symptômes. Il est essentiel de reconnaître les patients présentant des symptômes associés à la COVID-19 et de les isoler pour prévenir et déceler les éclosions.

Lorsque plusieurs patients symptomatiques sont dans la même unité ou ont en commun une autre caractéristique épidémiologique (p. ex., ont tous visité le service d’imagerie diagnostique en même temps), le traitement des tests doit être accéléré. La PCI doit informer de toute éclosion éventuelle la direction du service touché, la SST et la santé publique. **Des mesures immédiates doivent être prises dès la découverte du moindre cas de COVID-19 susceptible d’être associé à une transmission nosocomiale** (voir la section [5.2 Mesures immédiates](#)). La gestion des cas et la recherche des contacts demeurent immédiatement nécessaires même si la transmission nosocomiale est écartée.

3.2 Surveillance du personnel

Tout membre du personnel qui éprouve des symptômes associés à la COVID-19 doit avertir la SST aussitôt et rester à la maison jusqu’à avis contraire de celle-ci. Un employé qui a connu une exposition à risque élevé sans protection à un cas dans la collectivité ou au travail doit suivre les protocoles de SST de l’établissement. La SST devra faire le suivi des employés malades en fonction de leur lieu de travail (p. ex., unité d’hémodialyse, service de soins intensifs) et de leurs fonctions (p. ex., phlébotomiste, technicien en radiologie, travailleur social). Il est fortement recommandé aux membres du personnel présentant des symptômes de la COVID-19 de subir un test de dépistage du SRAS-CoV-2 et de faire parvenir les résultats à la SST.

Si la SST recense plusieurs cas dans un même lieu de travail (p. ex., plusieurs membres du personnel malades qui faisaient partie des mêmes quarts à l’unité de soins intensifs) ou une même discipline (p. ex., phlébotomie), elle doit informer la direction de la zone touchée, la PCI et la santé publique si elle soupçonne une éclosion. De plus, des mesures immédiates doivent être prises dès la découverte chez un membre du personnel d’un cas de COVID-19 susceptible de résulter d’une transmission nosocomiale (voir la section [5.2 Mesures immédiates](#)). La gestion des cas et la recherche des contacts demeurent immédiatement nécessaires même si la transmission nosocomiale est écartée.

4. Infection nosocomiale d'un seul patient ou membre du personnel : enquête initiale

4.1 Patient infecté

Si un patient reçoit un diagnostic de COVID-19, les intervenants doivent être avisés sur-le-champ (voir la section [3.1 Surveillance des patients](#)). Une enquête doit aussi être ouverte sans tarder, pour coordonner les actions suivantes :

1. Vérifier que le patient a reçu le diagnostic et que les mesures nécessaires ont été prises pour arrêter la propagation (p. ex., si le patient est hospitalisé, placement en chambre individuelle et application des précautions supplémentaires dans la mesure du possible; s'il a reçu son congé, isolement au besoin, selon les directives de santé publique en vigueur).
2. Réaliser une recherche des contacts pour identifier les patients, les membres du personnel et les visiteurs qui ont été exposés au patient et assurer la prise en charge adéquate des patients et des employés non protégés ayant subi une exposition à risque élevé. Le visiteur exposé doit en être informé et se voir interdire l'accès à l'établissement, sauf dans des circonstances précises compte tenu de la politique de l'établissement sur les visiteurs, après examen par la PCI.
3. Établir la probabilité que le patient ait contracté l'infection dans l'établissement de santé.
4. Déterminer s'il y a dans le même service d'autres patients ou membres du personnel symptomatiques qui doivent faire l'objet d'une enquête.

4.2 Membre du personnel infecté

Si un membre du personnel reçoit un diagnostic de COVID-19, les intervenants doivent être avisés sur-le-champ (voir la section [3.2 Surveillance du personnel](#)). Une enquête doit aussi être ouverte sans tarder, pour coordonner les actions suivantes :

1. Vérifier que le membre du personnel a reçu le diagnostic, ne vient plus travailler et sait comment bien s'isoler à la maison et demander des soins au besoin et quand il pourra retourner au travail.
2. Réaliser une recherche des contacts en amont et en aval pour identifier tous les patients ou membres du personnel qui auraient pu avoir été exposés au virus ou le transmettre au membre du personnel positif, et assurer une prise en charge adéquate des patients et membres du personnel ayant subi une exposition à risque élevé.
3. Établir la probabilité que le membre du personnel ait contracté l'infection dans l'établissement de santé*.
4. Déterminer s'il y a dans le même service d'autres patients ou membres du personnel symptomatiques qui doivent faire l'objet d'une enquête.

*Si un employé atteint d'une maladie professionnelle, ou une personne agissant en son nom, informe son employeur de son état ou dépose une demande d'indemnité à cet égard auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, l'employeur doit, au plus quatre jours après avoir été mis au courant, émettre un avis écrit à l'intention du ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences, du comité mixte sur la santé et la sécurité au travail et du syndicat, s'il y a lieu⁶⁶.

5. Gestion des éclosions dans les unités de soins hospitaliers

5.1 Avis

Les intervenants principaux, notamment la direction de l'hôpital et de l'unité, la PCI, la SST, le CMSST, la santé publique et l'équipe de microbiologie, s'il y a lieu, doivent être avisés dès qu'une éclosion éventuelle de COVID-19 est détectée dans un établissement de santé.

5.2 Mesures immédiates

Les mesures suivantes doivent être prises dès qu'une éclosion est soupçonnée :

- Placer tous les patients ayant reçu un résultat positif à un test de dépistage dans des chambres individuelles ou les regrouper, appliquer les précautions supplémentaires et mettre une affiche précisant les précautions supplémentaires qui sont prises.
- Sommer tout membre du personnel infecté de s'isoler à la maison.
- Évaluer tous les patients de la zone touchée. Si l'un d'entre eux présente des symptômes de la COVID-19, essayer de lui trouver une chambre individuelle avec accès à une toilette privée et appliquer les précautions supplémentaires; dans la mesure du possible, ne pas regrouper les patients symptomatiques en attendant le résultat de leur test de dépistage. Signaler tous les patients symptomatiques à la PCI.
- Placer de préférence tous les patients exposés (p. ex., voisins de chambre d'un cas confirmé) dans des chambres individuelles et appliquer les précautions supplémentaires. Il faut éviter autant que possible de les regrouper, en raison du risque qu'une personne qui contracte la COVID-19 après l'exposition initiale la transmette à d'autres patients exposés dans la pièce avant l'apparition de symptômes.
- Renvoyer le personnel symptomatique à la maison et le sommer de s'y isoler et de subir un test de dépistage sans égard au statut vaccinal; la SST doit être informée et décidera du moment où le personnel pourra retourner au travail.
- Afin d'assurer la détection rapide des éclosions et d'accélérer la recherche des contacts, la PCI doit informer la SST de tout nouveau cas chez les patients, et la SST doit informer la PCI de tout nouveau cas chez le personnel.
- S'il y a lieu, appliquer les précautions supplémentaires à toute l'unité en attendant la première réunion de l'équipe de gestion des éclosions (EGE), où la pertinence de cette mesure pourra être établie.
- Si les précautions supplémentaires ne sont pas appliquées de manière généralisée, annuler au minimum les activités de groupe et confiner les patients à leur chambre, sauf pour les interventions et les tests médicaux essentiels.
- Suspendre les admissions et les transferts dans le secteur touché dans la mesure du possible en attendant que l'EGE évalue la situation.
- Restreindre l'accès aux visiteurs et aux partenaires de soins essentiels conformément à la politique de l'établissement sur les éclosions.
- Commencer la recherche des contacts pour tous les cas confirmés (patients et personnel).

- La SST doit évaluer tous les membres du personnel qui ont été exposés; ceux qui ont subi une exposition à risque élevé doivent subir un test de dépistage et être pris en charge conformément aux politiques et procédures de l'établissement.
- Planifier une réunion de l'EGE, idéalement dans les 24 à 48 heures suivant la détection de l'éclosion éventuelle (voir la section [5.3 Réunion de l'équipe de gestion des éclosions](#)).

5.3 Réunion de l'équipe de gestion des éclosions

La détection d'une éclosion éventuelle doit être rapidement suivie d'une réunion d'une EGE à laquelle participent tous les intervenants importants. Sa composition exacte peut varier d'un établissement à l'autre, mais l'équipe doit généralement rassembler les intervenants suivants : direction des soins et de l'administration des zones touchées (y compris les soins infirmiers), PCI, SST, santé publique, équipes de microbiologie et de communication, et services environnementaux. Peuvent aussi être invités, selon les besoins, les équipes de génie et de gestion des risques, la direction des médecins des zones touchées et divers autres intervenants.

Les responsabilités de l'EGE sont multiples : examiner les données épidémiologiques, cliniques et microbiologiques; déterminer s'il s'agit d'une éclosion et la déclarer le cas échéant; décider des enquêtes supplémentaires à réaliser; recommander des mesures de contrôle; suivre l'évolution de la situation; revoir les mesures de contrôle en fonction de leur efficacité; déclarer la fin de l'éclosion; et préparer un débriefing et une analyse des causes fondamentales pour illustrer les leçons à retenir. Le déroulement de la première réunion est présenté à l'[Annexe B](#). Les réunions doivent être plus fréquentes (p. ex., tous les jours ou tous les deux jours) pendant la phase initiale, jusqu'à ce que la situation soit maîtrisée.

L'EGE se penche sur les points suivants à chaque réunion :

- Courbe épidémique et autres données et outils épidémiologiques pertinents (occupation des lits, liens entre les cas révélés par la recherche des contacts, etc.).
- Nouveaux cas chez les patients et le personnel.
- Nouveaux symptômes chez les patients et le personnel.
- Nouvelles expositions de patients et de membres du personnel.
- État clinique des patients et membres du personnel atteints, y compris les décès.
- Congés, transferts et admissions de patients prévus, s'il n'est pas possible de fermer l'unité.
- Disponibilité d'EPI et d'autres fournitures (p. ex., désinfectant pour les mains à base d'alcool, affiches).
- Dotation en personnel de l'unité et répercussions de l'éclosion sur les soins aux patients.
- Résultats de la vérification des pratiques d'hygiène des mains et d'utilisation de l'EPI, ainsi que des pratiques de nettoyage.
- État des mesures adoptées lors des réunions précédentes.
- Intégration des données susmentionnées, examen des facteurs de transmission (comment, où, pourquoi) et évaluation de l'efficacité des mesures en vigueur.
- Mesures d'enquête ou de contrôle supplémentaires possibles (p. ex., nettoyage amélioré, visiteurs).
- Plan de communication.
- Critères sur lesquels s'appuyer pour prévoir la date prévue de la fin de l'éclosion et déclarer qu'elle est terminée.

5.4 Évaluation et gestion des éclosions

En cas d'éclosion de COVID-19, le travail d'enquête et les efforts de contrôle doivent s'effectuer en parallèle. En effet, le dépistage rapide de tous les patients et membres du personnel asymptomatiques, sans égard au statut vaccinal, est essentiel aussi bien à l'enquête initiale (visant à déterminer l'ampleur de l'éclosion) qu'à l'endiguement (isolement des patients infectés et congé pour les membres du personnel infectés jusqu'à ce que la SST les autorise à retourner au travail). Les soignants qui restent dans une unité avec des patients (p. ex., dans un service de pédiatrie) devraient être inclus dans l'enquête sur l'éclosion.

La gestion des éclosions vise quatre grands objectifs :

- Arrêter la transmission dans les zones touchées.
- Prévenir la propagation vers de nouvelles zones.
- Assurer la continuité des soins aux patients.
- Trouver les causes de l'éclosion et les éliminer.

5.4.1 RAPIDITÉ DE LA DÉTECTION DES CAS ET DE LA RECHERCHE DES CONTACTS

Pour endiguer une éclosion, il est crucial d'en déterminer l'ampleur rapidement. Après que les premiers patients atteints ont fait l'objet de précautions supplémentaires (voir la section [5.2 Mesures immédiates](#)), il faut soumettre à un test de dépistage tous les patients asymptomatiques de la zone touchée, sans égard au statut vaccinal, afin de déterminer rapidement l'ampleur de l'éclosion. Il est également possible de soumettre le personnel asymptomatique à un test de dépistage, mais cela n'est plus généralement recommandé. Le dépistage auprès des patients afin de déterminer la prévalence à un moment donné devrait reposer sur les conclusions de l'évaluation initiale de cette prévalence et de l'activité de la maladie dans l'unité. Nota : le dépistage multiple pour les virus respiratoires s'impose uniquement lorsque l'agent pathogène est inconnu, ou dans le cas des patients symptomatiques si l'on soupçonne la présence d'autres virus respiratoires (p. ex., éclosion mixte). L'évaluation de la prévalence à un moment donné pour les éclosions présumées de COVID-19 doit viser uniquement à dépister le SRAS-CoV-2.

La PCI et la SST doivent travailler de concert et effectuer sans tarder une recherche des contacts pour tous les cas confirmés chez les patients hospitalisés et au sein du personnel. Bien qu'il faille considérer que la totalité des patients et des employés de l'unité courent un risque accru de COVID-19, il est important d'identifier rapidement ceux qui ont eu un contact à risque élevé (et sont donc plus susceptibles d'avoir contracté la COVID-19), comme les voisins de chambre d'un cas confirmé et les membres du personnel qui ont été exposés sans protection appropriée (recherche de contacts en aval), car certaines personnes symptomatiques ou asymptomatiques pourraient déjà avoir été transférées dans d'autres unités ou établissements. Il faut aussi, dans la mesure du possible, remonter la chaîne de transmission jusqu'à l'introduction du virus dans l'unité (recherche de contacts en amont) pour établir

la période de risque, isoler les expositions et les cas éventuels, et pallier les défaillances dans les politiques ou les pratiques qui ont pu contribuer à l'éclosion.

5.4.1.1 Mesures essentielles

- Il faut soumettre sans tarder tous les patients des unités touchées à un test de dépistage (sauf ceux qui ont actuellement la COVID-19 ou qui se sont rétablis récemment).
- On peut envisager de procéder à d'autres tests de dépistage chez les patients asymptomatiques, selon les conclusions de l'évaluation de la prévalence à un moment donné et la situation de l'éclosion dans l'unité.
- En collaboration avec la SST, la PCI doit réaliser une recherche des contacts en aval et en amont pour tous les patients hospitalisés infectés, afin d'assurer la détection et la prise en charge rapides des patients et des membres du personnel exposés ainsi que de déterminer la source de l'éclosion.
- En collaboration avec la PCI, la SST doit réaliser une recherche des contacts en aval et en amont pour tout le personnel infecté, pour assurer la détection et la prise en charge rapide des patients et des membres du personnel exposés et déterminer la source de l'éclosion.

5.4.2 ENDIGUEMENT DES ÉCLOSIONS

La COVID-19 peut facilement se propager entre les services et les établissements. Les membres du personnel doivent surveiller leurs symptômes et subir un test de dépistage s'ils en ressentent. Dans la mesure du possible, l'établissement devrait faire en sorte que le personnel affecté à l'unité touchée par l'éclosion ne travaille pas ailleurs.

Si un membre du personnel travaille dans d'autres établissements en plus de celui qui est touché par l'éclosion, il doit aviser la SST de tous les autres établissements de son exposition. Dans la mesure du possible, les personnes qui travaillent dans une unité touchée par une éclosion doivent s'abstenir de travailler dans d'autres établissements.

En cas d'éclosion, l'unité touchée ne doit plus accepter de nouveaux patients, sauf dans les situations où l'EGE et le bureau de santé publique jugent d'un commun accord que la suspension des admissions ferait plus de tort que de bien. Si l'on continue d'accepter de nouveaux patients, ceux-ci devraient être isolés des patients atteints. Il y aurait lieu de prévoir une section non touchée au sein de l'unité, de préférence dotée d'un personnel exclusif. Les transferts à l'unité devraient également être limités dans la mesure du possible. Si un patient est transféré à une autre unité ou un autre établissement, les précautions additionnelles continuent de s'appliquer. Le patient doit subir un test de dépistage et demeurer en quarantaine pendant 7 jours après avoir quitté l'unité touchée, même si le test initial est négatif. Compte tenu de la période d'incubation de la COVID-19, qui est parfois longue, il est important de procéder au suivi des patients qui ont été transférés avant que l'éclosion soit déclarée et d'aviser les unités et les établissements qui pourraient avoir accueilli un patient qui se trouvait dans l'unité pendant la période où il aurait pu y avoir transmission mais avant que l'éclosion soit déclarée (p. ex., 48 heures avant l'apparition des symptômes dans le premier cas, ou au moment où on suppose que la transmission incontrôlée a commencé). Les visites doivent être limitées conformément aux politiques de l'hôpital sur les éclosions. Les visiteurs et les partenaires de soins essentiels qui sont allés dans l'unité touchée par l'éclosion ne

doivent pas rendre visite à d'autres patients, et il faut leur indiquer comment utiliser l'EPI, pratiquer l'hygiène des mains et demander un test de dépistage du SARS-CoV-2 s'ils éprouvent des symptômes.

5.4.2.1 Mesures essentielles

- Dans la mesure du possible, l'unité ne doit pas accueillir de nouveaux patients ni accepter de transferts non urgents tant qu'il y a transmission.
- L'accès des visiteurs et des partenaires de soins essentiels doit être restreint conformément à la politique de l'établissement sur les éclosions.
- Si une urgence médicale requiert un transfert, les précautions supplémentaires doivent être appliquées; le patient doit demeurer en quarantaine pendant 7 jours à compter de son départ de l'unité touchée par l'éclosion et subir un test de dépistage conformément à la politique de l'établissement.
- Si un patient a été transféré pendant la période de transmission, mais avant que l'éclosion ne soit détectée (p. ex., 48 heures avant l'apparition des symptômes dans le premier cas), l'unité ou l'établissement qui l'a accueilli doit être informé afin d'appliquer les précautions supplémentaires et d'administrer un test de dépistage.
- Dans la mesure du possible, l'établissement devrait faire en sorte que le personnel affecté à l'unité touchée par l'éclosion ne travaille pas ailleurs.
- Le personnel d'une unité touchée qui travaille dans d'autres établissements doit aviser la SST de chacun d'entre eux qu'il a été exposé au virus.

5.4.3 CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DANS LES UNITÉS TOUCHÉES PAR UNE ÉCLOSION

Comme mentionné précédemment, il est essentiel pour endiguer une éclosion de procéder rapidement à une étude de prévalence et à la recherche des contacts, afin d'identifier les patients et les membres du personnel infectés. Puisque cela peut prendre un certain temps, il vaut mieux appliquer les précautions supplémentaires pour tous les patients, du moins pendant la phase initiale de l'éclosion, pour éviter qu'un cas non détecté ne transmette le virus à d'autres. En outre, l'unité touchée doit vérifier et examiner soigneusement les pratiques et politiques de PCI et de SST de l'unité pour cerner les lacunes qui ont pu contribuer à la transmission. Bien que la transmission par contact ne soit pas le principal mode de transmission de la COVID, il importe aussi de bien nettoyer les surfaces et de désinfecter en profondeur l'équipement partagé (et de réserver certaines pièces d'équipement aux patients infectés).

L'approche de PCI ayant changé à mesure de l'évolution de la pandémie et de l'approvisionnement en EPI, il est crucial de s'assurer que les politiques et les pratiques sont compatibles et à jour dans toute unité touchée par une éclosion. De plus, comme les mesures se relâchent parfois pendant les accalmies, il faudra vérifier que le personnel de première ligne a bien recommencé à appliquer les pratiques de PCI qui s'imposent une fois l'éclosion détectée.

5.4.3.1 Mesures essentielles

- Envisager d'appliquer les précautions supplémentaires dans le cas de tous les patients¹.
- Vérifier que le personnel a accès à de l'EPI et à d'autres fournitures en quantité suffisante.
- Revoir les politiques de PCI et de SST.

- Revoir les pratiques de PCI et de SST de l'unité, en collaboration avec la direction et les formateurs de l'unité touchée ainsi que le personnel de première ligne de tous les groupes professionnels (infirmiers, personnel paramédical, services environnementaux, etc.).
- Vérifier les pratiques de PCI et de SST de l'unité (p. ex., port de l'EPI, hygiène des mains).
- Sensibiliser le personnel aux principales mesures de PCI et de SST concernant la COVID-19.
- Sensibiliser le personnel à la surveillance et au signalement des symptômes.
- Déterminer s'il y a lieu d'assigner des responsables de la sécurité à l'unité pour [faire le suivi des mesures d'hygiène des mains](#) et des pratiques d'utilisation de l'EPI⁶⁷.
- Accroître les ressources humaines des services environnementaux au besoin, et confirmer que le personnel applique les [mesures de nettoyage et de désinfection appropriées](#), comme le nettoyage des aires communes et des espaces réservés aux employés (salles de pause, salles à manger, vestiaires, etc.)⁶⁸.

5.5 Communication

L'efficacité des communications est essentielle au contrôle des éclosions. En effet, des communications internes claires et transparentes ont pour effet de mettre le personnel en confiance, de réduire l'anxiété relative à la situation et d'assurer la compréhension et l'application des mesures de contrôle. Les communications avec le personnel de l'unité touchée et le CMSST doivent être régulières et détaillées pour lever tout doute sur la situation et les mesures en place. Il faut aussi prévoir des communications plus générales pour le reste de l'établissement, afin que tous les employés soient mis au fait de l'éclosion et de ses répercussions éventuelles sur leur travail.

Les éclosions de COVID-19 peuvent aussi causer de l'anxiété chez les patients et leur famille. Il est important de communiquer clairement avec eux et avec les visiteurs, par exemple en rédigeant une lettre à l'intention des patients ou une liste de réponses à des questions fréquentes.

Des affiches claires et visibles doivent être placées à toutes les entrées de l'unité touchée, pour informer les visiteurs, les partenaires de soins essentiels et le personnel en congé de l'éclosion et des mesures qui ont été prises.

5.5.1 MESURES ESSENTIELLES

- Faire le point sur l'éclosion et les mesures de contrôle avec le personnel de l'unité à intervalles réguliers et prévoir des communications distinctes et plus générales selon les besoins.
- Établir un plan de communication avec les patients, les visiteurs et les familles.
- Installer des affiches à l'entrée de l'unité pour indiquer qu'il y a éclosion et préciser les mesures en place.

5.6 Suivi de la transmission

L'établissement doit se tenir au fait des nouvelles infections en effectuant un dépistage régulier des symptômes chez le personnel et les patients, idéalement deux fois par jour pour ces derniers. Si les précautions supplémentaires ne font pas déjà partie des stratégies de contrôle, le personnel doit les appliquer dès qu'un patient présente des symptômes, et ce dernier devrait être placé de préférence

dans une chambre individuelle avec accès à une toilette privée. Les soignants qui restent dans l'unité (p. ex., une unité de pédiatrie) devraient faire l'objet d'une évaluation quotidienne de leurs symptômes. De plus, si, après la mesure initiale de la prévalence, la transmission se poursuit ou on soupçonne que c'est le cas, il peut être nécessaire d'effectuer d'autres mesures de la prévalence auprès des patients asymptomatiques, notamment aux premières étapes de l'éclosion, à des moments dictés par l'évolution de la situation. Surtout pendant les périodes où l'activité d'autres virus respiratoires est élevée, il est possible que les patients présentant des signes et symptômes d'infection respiratoire qui ont un résultat négatif à un test de dépistage du SRAS-CoV-2 pendant une éclosion de COVID-19 soient atteints en réalité d'une autre maladie respiratoire.

5.6.1 MESURES ESSENTIELLES

- Tous les patients doivent être soumis à un dépistage des symptômes de la COVID-19 deux fois par jour.
- Lorsqu'on constate de nouveaux symptômes COVID-19 chez des patients, il faut reprendre les tests, appliquer les précautions supplémentaires et informer aussitôt la PCI.
- Le personnel symptomatique doit informer la SST, subir un test sans égard au statut vaccinal et attendre l'autorisation de la SST avant de retourner au travail.
- Il y a lieu de mener d'autres évaluations de la prévalence si la transmission persiste, compte tenu de l'intensité de celle-ci.
- Il faut envisager la possibilité que les patients symptomatiques qui ont un résultat négatif aux tests de dépistage du SRAS-CoV-2 soient infectés par d'autres virus respiratoires.

5.7 Annonce de la fin de l'éclosion

L'EGE peut, en consultation avec la santé publique, déclarer la fin d'une éclosion de COVID-19 dès lors qu'aucun nouveau cas n'a été détecté depuis sept jours chez les patients. Si le dernier cas est un patient ayant été exposé et qui fait l'objet de précautions supplémentaires, l'éclosion pourrait être prolongée de sept jours à partir du moment où ces précautions ont commencé. Si le dernier cas est un patient ayant reçu son congé de l'unité avant que l'infection soit détectée, la date de son départ de l'unité peut être utilisée plutôt que la date d'apparition des symptômes ou du résultat positif. Il est probable que des cas contractés dans la collectivité se produisent lors d'une éclosion, notamment lorsque l'activité de la COVID-19 est élevée dans la collectivité. La présence de tels cas ne devrait pas motiver la prolongation des éclosions. Une fois l'éclosion terminée, un débriefage doit être organisé pour passer en revue l'éclosion et sa gestion et pour en analyser les causes fondamentales. Si cette analyse révèle des facteurs ayant contribué à l'éclosion, l'unité doit prendre les mesures nécessaires pour éviter que la situation se reproduise.

5.7.1 MESURES ESSENTIELLES

- L'EGE peut, en consultation avec la santé publique, déclarer la fin d'une éclosion de COVID-19 si aucun nouveau cas nosocomial n'a été détecté depuis 7 jours chez les patients.

6. Gestion des éclosions en milieux de soins externes à risque élevé

Les milieux de soins externes ne sont pas à l'abri de la COVID-19; plusieurs éclosions ont d'ailleurs frappé des unités d'hémodialyse (HD)⁶⁹⁻⁷⁵. Les grands principes de gestion des éclosions chez les patients hospitalisés s'appliquent en soins externes, mais il faut tenir compte de certaines particularités concernant les populations de patients, la circulation des patients et l'infrastructure. Le présent document ne vise pas à faire une revue des éclosions dans tous les milieux de soins externes; elle indique certains éléments à envisager pour les gérer dans les milieux à risque élevé comme les unités d'hémodialyse, les cliniques de perfusion, les unités médicales de jour et les services d'urgence.

6.1 Unités d'hémodialyse

Les unités d'HD présentent un risque élevé d'éclosions de COVID-19, qui peut prendre une forme grave chez la population servie. La maladie s'y introduit plus facilement que dans les unités pour patients hospitalisés, car les patients et le personnel circulent entre la collectivité et l'unité plusieurs fois par semaine. Les patients font aussi souvent la navette entre différents milieux de soins (p. ex., de leur foyer de soins de longue durée ou centre de réadaptation à la dialyse; à l'interne, des unités médicales ou chirurgicales à l'unité d'HD), ce qui ouvre la porte à la propagation depuis un autre milieu de soins où il y a une éclosion (p. ex., un foyer de soins de longue durée).

Une fois la COVID-19 présente dans une unité, l'infrastructure physique et la circulation des patients favorisent la transmission et la multiplication rapide des cas. Un centre de dialyse typique réunit dans une aire ouverte un grand nombre de patients traités à des stations d'HD souvent rapprochées, sans barrières physiques entre eux. Les maladies peuvent alors se transmettre entre patients en un rien de temps par particules respiratoires. Le personnel, qui va de station en station, peut aussi devenir un vecteur de transmission si l'hygiène des mains, le changement des gants et d'autres EPI, et la désinfection des équipements médicaux partagés sont négligés. La popularité des services de transport pour se rendre à un traitement et en revenir fait que plusieurs patients se retrouvent dans un même véhicule. Les salles d'attente et les toilettes accueillent aussi une multitude de gens avant, pendant et après l'HD. La transmission de la COVID-19 est alors possible entre patients, y compris entre deux personnes traitées loin l'une de l'autre ou à des heures différentes si elles se côtoient dans la salle d'attente. Enfin, le temps limité alloué au nettoyage de l'environnement entre les plages de dialyse ajoute un risque d'infection au contact d'une station mal désinfectée.

Tous ces facteurs sont à envisager au moment d'élaborer un programme de prévention de la COVID-19 dans les centres d'HD. Comme en milieu hospitalier, le dépistage des patients à l'arrivée et la surveillance continue des symptômes de la COVID-19 pendant l'HD sont essentiels pour détecter tôt les éclosions éventuelles. Les patients symptomatiques doivent passer un test de dépistage, peu importe leur statut vaccinal, et les grappes de cas chez les patients ou le personnel doivent être signalées immédiatement à la direction de l'unité, de la PCI et de la SST. Un dépistage efficace des symptômes du COVID-19 est rendu possible ou facilité par une bonne communication, y compris dans la langue que

préfère le patient et en associant les familles à ce processus au besoin. Il importe aussi de veiller à ce que le patient comprenne le but de l'évaluation et ne soit pas privé d'HD même s'il a des symptômes ou obtient un résultat positif à la COVID-19.

Une éclosion de COVID-19 en HD se définit par les mêmes critères qu'une éclosion dans une unité :

Deux patients ou plus dans une unité d'HD avec des résultats positifs d'un test d'amplification en chaîne par polymérase (PCR), d'un test moléculaire rapide ou d'un test antigénique rapide dans une période de sept jours, les deux cas ayant raisonnablement acquis leur infection dans l'unité d'HD.

Comme dans les unités pour patients hospitalisés, cette définition ne peut être invoquée à elle seule pour justifier la déclaration d'une éclosion. Il faut également établir la probabilité de transmission incontrôlée en collaboration avec le bureau de santé publique.

La difficulté réside ici dans l'interprétation d'une présomption « raisonnable » d'infection dans l'unité d'HD. Les subtilités de l'attribution des cas de COVID-19 chez le personnel à la transmission dans un établissement ou dans la communauté sont traitées à la

2. Définition d'une éclosion de COVID-19

Le même problème se pose dans les unités d'HD, les patients subissant une exposition communautaire continue. On prendra ainsi en compte des facteurs similaires à ceux présentés à la section 2 pour établir la probabilité d'une éclosion. En outre, il faut tenir compte du regroupement des cas dans le temps et l'espace à l'unité (p. ex., deux cas liés à l'utilisation d'une même station les lundis, mercredis et vendredis midi suggèrent une éclosion; un cas lié aux L-M-V soir et un autre lié aux M-J-S midi relèvent probablement d'une transmission communautaire sporadique).

En raison de cette incertitude, il faudra peut-être attendre qu'il y ait plus de deux cas avant de déclarer une éclosion en HD, comme ce pourrait être le cas chez le personnel. Bien qu'il s'agisse d'une approche raisonnable, le risque d'une explosion de cas en HD motive une recherche intensive de cas additionnels dès une première infection inexplicquée et éventuellement nosocomiale. Sauf exception, des mesures de contrôle doivent alors être mises en place même si aucune éclosion n'a encore été déclarée.

Pendant les périodes où la transmission communautaire est faible, quand un patient en HD reçoit un diagnostic de COVID-19, à moins d'un lien évident avec une transmission communautaire ou dans un autre établissement, il vaut mieux soumettre à un test de dépistage tous les autres patients présents au même quart et à la même station⁷⁶⁻⁷⁸ et envisager d'étendre le dépistage à l'ensemble du quart si possible. Si deux cas ont été relevés, il faut envisager de tester tous les patients pour le quart. Si des cas additionnels* sont trouvés et s'ils ne sont pas attribuables à un autre milieu de façon évidente, toutes les mesures de gestion des éclosions doivent être mises en œuvre même si aucune éclosion n'est déclarée. S'il y a de multiples cas additionnels*, il faut déclarer une éclosion et mettre en place les mesures indiquées à la section 5. 5. 5. Lorsque la transmission communautaire est élevée, une approche différente pourrait s'imposer, car on peut s'attendre à ce qu'il y ait des cas positifs sans transmission au sein de l'unité, et l'enquête approfondie décrite plus haut pourrait être inutile ou impossible.

*Quand l'incidence de la COVID-19 est élevée ou l'a été récemment dans une collectivité particulière, le dépistage massif chez des patients asymptomatiques révèle parfois des cas guéris plutôt qu'actifs (voir les facteurs liés à la classification des cas asymptomatiques à la [section 2](#)).

6.2 Cliniques de perfusion et unités médicales de jour

Dotées d'une structure semblable à celle des unités d'HD, les cliniques de perfusion servent une population de patients nécessitant des perfusions fréquentes, comme les patients en oncologie. La plupart des facteurs à considérer en HD s'appliquent aussi à ce milieu, dont le dépistage obligatoire des patients et la surveillance des symptômes. La fréquence des traitements y est toutefois bien plus diversifiée : certains patients se rendent à la clinique tous les jours pour une période donnée, tandis que d'autres ont un rendez-vous hebdomadaire, mensuel ou suivant un autre calendrier.

La définition d'une éclosion, les difficultés et les facteurs à considérer pour conclure à une éclosion s'apparentent à ceux en unité d'HD. En présence d'un seul cas confirmé, il est judicieux d'effectuer un dépistage ciblé chez les patients sans masque ayant connu une exposition prolongée les mêmes jours que le patient infecté au cours des sept jours précédents. Si des cas multiples sont détectés, il pourrait

être judicieux de soumettre un groupe plus nombreux de patients à un test de dépistage selon leur risque d'exposition, le degré d'activité de la COVID-19 dans la collectivité et la probabilité de transmission dans la clinique.

6.3 Services d'urgence

Les services d'urgence (SU) sont des environnements complexes qui accueillent un grand nombre de patients. Certains d'entre eux sont hospitalisés, mais la plupart quittent les lieux après une évaluation rapide. Les salles d'attente étant généralement bondées et le volume de patients difficilement maîtrisable, de sorte que le respect de la distanciation pose problème en période de pointe. De plus, les personnes atteintes d'une forme modérée ou grave de la COVID-19 se présentent aux SU pour une évaluation, ce qui accroît le fardeau de la maladie dans ce milieu. On comprend aisément les risques de transmission entre patients. La propagation de la maladie aux SU constitue un risque pour le personnel non seulement sur place, mais aussi dans tout l'établissement, car les patients admis sont transférés dans les différents services, de sorte qu'une transmission importante aux SU peut donner lieu à de multiples éclosions dans le reste de l'hôpital. La circulation rapide des patients aux SU complique aussi la détection des éclosions à la source puisque les cas risquent fort d'obtenir leur congé ou d'être transférés à d'autres unités avant l'apparition des symptômes, et ceux-ci seront sans doute attribués à la transmission communautaire.

La surveillance des symptômes de la COVID-19, le port du masque par les patients symptomatiques et une distanciation de deux mètres dans les salles d'attente ou le transfert rapide dans une salle d'examen privée sont essentiels afin de limiter les risques pour les autres patients et le personnel. De fait, le port du masque devrait être obligatoire en tout temps dans la salle d'attente des SU si la COVID-19 circule dans la collectivité, à moins de ne pas être recommandé (chez les enfants de deux ans et moins et les personnes incapables de retirer leur masque sans aide) ou toléré (en cas de problèmes respiratoires).

La définition d'une éclosion aux SU est la même que dans un autre service. Les cas de COVID-19 chez le personnel seront toutefois plus révélateurs étant donné la difficulté de détecter des cas chez les patients. Il faut ainsi envisager la possibilité d'une éclosion aux SU lorsqu'une grappe de cas s'observe chez les patients récemment admis dans différents services ou que des éclosions simultanées sévissent dans différentes unités cliniques.

La gestion des éclosions aux SU s'apparente à celle qui est effectuée dans les autres services. La fermeture des SU est toutefois impossible dans la majorité des hôpitaux à cause de ses répercussions sur la population et le système de santé.

Pour la plupart des éclosions présumées ou confirmées, la recherche des contacts orientera le dépistage chez les patients (traités par un membre du personnel chez qui le diagnostic est confirmé). Le dépistage selon la prévalence à un moment donné n'est pas une stratégie pertinente. En effet, la majorité des patients exposés auront déjà reçu leur congé ou été admis dans une unité, et les patients sur place sont peu susceptibles de présenter un résultat positif au test de dépistage. Par contre, en cas d'éclosion à grande échelle, il faut envisager le dépistage de tous les patients admis par l'entremise des SU pendant une période de risque prédéterminée ou au cours des 7 derniers jours. Cette démarche doit s'appuyer

sur une évaluation du risque. S'il y a de nombreux cas associés aux SU chez les patients, il faudra peut-être soumettre à un test de dépistage tous ceux qui se sont présentés aux SU et appliquer les précautions supplémentaires dans le cas de ces patients. Si aucun cas n'a été observé chez les patients, mais s'il y a eu d'importantes expositions, l'approche de dépistage et d'isolement peut reposer sur la recherche des contacts, avec ou sans inclusion d'un sous-groupe d'admissions à risque élevé (p. ex., patients présents aux SU pendant une longue période; patients présents dans l'aire de travail des cas positifs chez le personnel pour une longue période, patients présentant d'autres facteurs de risque accru). Si l'éclosion est de très grande envergure, en particulier s'il y a propagation à d'autres unités, il pourrait se révéler nécessaire de soumettre tous les patients hospitalisés à un test de dépistage.

7. Gestion d'une écloison au sein du personnel

La plupart des écloisions de COVID-19 comportent des infections à la fois chez les patients et le personnel d'un service, d'une unité ou d'un secteur. Lorsque tous les cas initiaux sont des membres du personnel, en particulier s'ils ne travaillent pas tous dans une même unité ou ne sont pas en contact avec des patients, il pourrait s'agir d'une écloison au sein du personnel. Une telle écloison peut toucher les professionnels d'une seule discipline (p. ex., les thérapeutes respiratoires) et survenir en cas d'exposition liée :

- au partage de bureaux, de salles à manger et de salles de pause;
- à des activités sociales tenues à l'hôpital;
- aux contacts en dehors de l'hôpital (p. ex., covoiturage, transport collectif, activités sociales après le travail, employés vivant ensemble).

Quand le nombre de cas augmente chez les employés d'un établissement, y compris dans différents secteurs, une enquête doit établir si une écloison est en cours au sein du personnel. Si l'on soupçonne une telle écloison, les membres du personnel ayant subi une exposition à risque élevé doivent être pris en charge et subir un test de dépistage conformément aux politiques et procédures de l'établissement. Il est essentiel de déterminer les patients qui ont subi une exposition à risque élevé pour s'assurer que l'écloison au sein du personnel n'a pas mené et ne mènera pas à une transmission incontrôlée du virus dans l'unité. Dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire d'interrompre les admissions dans une unité s'il n'y a pas d'infections chez les patients.

Les membres du personnel doivent s'assurer qu'ils ne présentent pas de symptômes, et subir un test de dépistage s'ils en ressentent. Les autres interventions doivent miser sur la formation du personnel, la promotion des vaccins, le respect de pratiques appropriées de PCI et de SST et des tests d'ajustement pour le port de respirateurs N95 au besoin. Mentionnons également le port du masque conformément à la politique de l'établissement, le signalement des symptômes de la COVID-19 à la SST et la prise de congé en cas de symptômes, même légers, jusqu'à ce que la SST autorise le retour au travail.

Bibliographie

1. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, 3^e édition, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf?la=fr>.
2. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. *Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update: 18 November 2020* [Internet], Stockholm, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2020 [consulté le 19 nov. 2020]. Disponible à : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-contact-tracing-public-health-management-third-update.pdf>.
3. Ministère de la Santé de l'Ontario. *Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario* [Internet], version 15, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022 [modifié le 31 août 2022; consulté le 18 oct. 2022]. Disponible à : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts.pdf.
4. Ministère de la Santé de l'Ontario. *Document d'orientation COVID-19 : Soins actifs* [Internet], version 8, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [modifié le 11 jan 2023, consulté le 2 jan. 2023]. Disponible à : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_acute_care_guidance.pdf
5. BC Centre for Disease Control. *British Columbia (BC) COVID-19 situation report. Week 3: January 17 – January 23, 2021* [Internet], Vancouver (C.-B.), BC Centre for Disease Control, 2021 [consulté le 4 févr. 2021]. Disponible à : http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID_sitrep/Week_3_2021_BC_COVID-19_Situation_Report.pdf.
6. Vanhems, P., M. Saadatian-Elahi, M. Chuzeville, E. Marion, L. Favrelle, D. Hilliquin et coll. « Rapid nosocomial spread of SARS-CoV-2 in a French geriatric unit », *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2020, vol. 41, n° 7, p. 866-867. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2020.99>.
7. Buchtele, N., W. Rabitsch, H. A. Knaus et P. Wohlfarth. « Containment of a traceable COVID-19 outbreak among healthcare workers at a hematopoietic stem cell transplantation unit », *Bone Marrow Transplant*, 2020, vol. 55, n° 7, p. 1491-1492. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/s41409-020-0958-6>
8. Jørstad, Ø. K., M. C. Moe, K. Eriksen, G. Petrovski et R. Bragadóttir. « Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak at the Department of Ophthalmology, Oslo University Hospital, Norway », *Acta Ophthalmol*, 2020, vol. 98, n° 3, p. e38-e39. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/aos.14426>.
9. Knoll, R. L., J. Klopp, G. Bonewitz, B. Gröndahl, K. Hilbert, W. Kohlen et coll. « Containment of a large SARS-CoV-2 outbreak among healthcare workers in a pediatric intensive care unit », *Pediatr*

Infect Dis, 2020, vol. 39, n° 11, p. e336-e339. Disponible à :
<https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002866>.

10. Jung, J., M. J. Hong, E. O. Kim, J. Lee, M. N. Kim et S. H. Kim. « Investigation of a nosocomial outbreak of coronavirus disease 2019 in a paediatric ward in South Korea: successful control by early detection and extensive contact tracing with testing », *Clin Microbiol Infect*, 2020, vol. 26, n° 11, p. 1574-1575. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.06.021>.
11. Mungmunpantipantip, R., et V. Wiwanitkit. « A coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in a hospital and hospital closure: a note », *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2020, vol. 41, n° 12, p. 1475-1476. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2020.194>.
12. Lessells, R., M. Y. S. Moosa et T. de Oliveira. *Report into a nosocomial outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) at Netcare St. Augustine's Hospital* [Internet], Durban, University of Kwazulu-Natal, 2020 [consulté le 15 oct. 2021]. Disponible à : https://www.krisp.org.za/manuscripts/StAugustinesHospitalOutbreakInvestigation_FinalReport_15may2020_comp.pdf.
13. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : où se situe le Canada par rapport aux autres pays?* [Internet], Ottawa (Ontario), ICIS, 2020 [consulté le 30 nov. 2021]. Disponible à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>.
14. Stall, N. M., C. Farquharson, C. Fan-Lun, L. Wiesenfeld, C. A. Loftus, D. Kain et coll. « A hospital partnership with a nursing home experiencing a covid-19 outbreak: description of a multiphase emergency response in Toronto, Canada », *J Am Geriatr Soc*, 2020, vol. 68, n° 7, p. 1376-1381. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jgs.16625>.
15. Fisman, D. N., I. Bogoch, L. Lapointe-Shaw, J. McCready et A. R. Tuite. « risk factors associated with mortality among residents with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in long-term care facilities in Ontario, Canada », *JAMA Netw Open*, 2020, vol. 3, n° 7, e201595. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15957>.
16. Escobar, D. J., M. Lanzi, P. Saberi, R. Love, D. R. Linkin, J. J. Kelly et coll. « Mitigation of a COVID-19 outbreak in a nursing home through serial testing of residents and staff », *Clin Infect Dis*, 2021, vol. 72, n° 9, p. e394-e396. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1021>.
17. Blackman, C., S. Farber, R. A. Feifer, V. Mor et E. M. White. « An illustration of SARS-CoV-2 dissemination within a skilled nursing facility using heat maps », *J Am Geriatr Soc*, 2020, vol. 68, n° 10, p. 2174-2178. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jgs.16642>.
18. Hatfield, K. M., S. C. Reddy, K. Forsberg, L. Korhonen, K. Garner, T. Gully et coll. « Facility-wide testing for SARS-CoV-2 in nursing homes – seven U.S. jurisdictions, March - June 2020 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2020, vol. 69, n° 32, p. 1095-1099. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932e5>.
19. Feaster, M. et Y.-Y. Goh. « high proportion of asymptomatic SARS-CoV-2 infections in 9 long-term care facilities, Pasadena, California, USA, April 2020 », *Emerg Infect Dis*, 2020, vol. 26, n° 10, p. 2416-2419. Disponible à : <https://doi.org/10.3201/eid2610.202694>.

20. Bakaev, I., T. Retalic et H. Chen. « Universal testing-based response to COVID-19 outbreak by a long-term care and post-acute care facility », *J Am Geriatr Soc*, 2020, vol. 68, n° 7, p. E38-E39. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jgs.16653>.
21. Patel, M. C., L. H. Chaisson, S. Borgetti, D. Burdsall, R. K. Chugh, C. R. Hoff et coll. « Asymptomatic SARS-CoV-2 infection and COVID-19 mortality during an outbreak investigation in a skilled nursing facility », *Clin Infect Dis*, 2020, vol. 71, n° 11, p. 2920-2926. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa763>.
22. Dora, A. V, A. Winnett, L. P. Jatt, K. Davar, M. Watanabe, L. Sohn et coll. « Universal and serial laboratory testing for SARS-CoV-2 at a long-term care skilled nursing facility for veterans – Los Angeles, California, 2020 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2020, vol. 69, n° 21, p. 651-655. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6921e1>.
23. White, E. M., C. M. Kosara, R. A. Feifer, C. Blackman, S. Gravenstein, J. Ouslander et coll. « Variation in SARS-CoV-2 prevalence in U.S. skilled nursing facilities », *J Am Geriatr Soc*, 2020, vol. 68, n° 10, p. 2167-2173. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jgs.16752>.
24. Gorges, R. J. et T. Konetzka. « Staffing levels and COVID-19 cases and outbreaks in U.S. nursing homes », *J Am Geriatr Soc*, 2020, vol. 68, n° 11, p. 2462-2466. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jgs.16787>.
25. Bigelow, B. F., O. Tang, B. Barshick, M. Peters, S. D. Sisson, K. S. Peairs et coll. « Outcomes of universal COVID-19 testing following detection of incident cases in 11 long-term care facilities », *JAMA Intern Med*, 2021, vol. 181, n° 1, p. 127-129. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3738>.
26. Goldberg, S. A., C. T. Pu, R. W. Thompson, E. Mark, T. D. Sequist et D. C. Grabowski. « Asymptomatic spread of COVID-19 in 97 patients at a skilled nursing facility », *J Am Med Dir Assoc*, 2020, vol. 21, n° 7, p. 980-981. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.040>.
27. Graham, N. S. N, C. Junghans, R. Downes, C. Sendall, H. Lai, A. McKirdy et coll. « SARS-CoV-2 infection, clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes », *J Infect*, 2020, vol. 81, n° 3, p. 411-419. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.05.073>.
28. Bouza, E., M. J. Pérez-Granda, P. Escribano, R. Fernández-del-Rey, I. Pastor, Z. Moure et coll. « Outbreak of COVID-19 in a nursing home in Madrid », *J Infect*, 2020, vol. 81, n° 4, p. 647-679. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.06.055>.
29. Kittang, B. R., S. von Hofacker, S. P. Solheim, K. Krüger, K. K. Løland et K. Jansen. « Outbreak of COVID-19 at three nursing homes in Bergen », *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2020, vol. 140, n° 11. Disponible à : <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0405>.
30. Hoxha, A., C. Wyndham-Thomas, S. Klamer, D. Dubourg, M. Vermeulen, N. Hammami et coll. « Asymptomatic SARS-CoV-2 infection in Belgian long-term care facilities », *The Lancet Infect Dis*, 2021, vol. 21, n° 4, p. e67. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30560-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30560-0).
31. Tan, L. F., et S. K. Seetharaman. « COVID-19 outbreak in nursing homes in Singapore », *J Microbiol Immunol Infect*, 2021, vol. 54, n° 1, p. 123-124. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.04.018>.

32. Borrás-Bermejo, B., X. Martínez-Gómez, M. San Miguel, J. Esperalba, A. Antón, E. Martín et coll. « Asymptomatic SARS-CoV-2 infection in nursing homes, Barcelona, Spain, April 2020 », *Emerg Infect Dis*, 2020, vol. 26, n° 9, p. 2281-2283. Disponible à : <https://doi.org/10.3201/eid2609.202603>.
33. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Lutte contre les éclosons d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée*, 2018, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018. Disponible à : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/reference/RESP_Infectn_ctrl_guide_LTC_2018_FR.pdf.
34. Madewell, Z. J., Y. Yang, I. M. Longini Jr., M. E. Halloran et N. E. Dean. « Household transmission of SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis », *JAMA Netw Open*, 2020, vol. 3, n° 12, e2031756. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.31756>.
35. Grijalva, C. G., M. A. Rolfes, Y. Zhu, H. Q. McLean, K. E. Hanson, E. A. Belongia et coll. « Transmission of SARS-CoV-2 infections in households – Tennessee and Wisconsin, April-September 2020 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2020, vol. 69, n° 44, p. 1631-1634. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e1>.
36. Hu, M., H. Lin, J. Wang, C. Xu, A. J. Tatem, B. Meng et coll. « Risk of coronavirus disease 2019 transmission in train passengers: an epidemiological and modeling study », *Clin Infect Dis*, 2021, vol. 72, n° 4, p. 604-610. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1057>.
37. Meyerowitz, E. A., A. Richterman, R. T. Gandhi et P. E. Sax. « Transmission of SARS-CoV-2: a review of viral, host, and environmental factors », *Ann Intern Med*, 2021, vol. 174, n° 1, p. 69-79. Disponible à : <https://doi.org/10.7326/m20-5008>.
38. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Transmission du SARS-CoV-2 : implications pour les précautions visant à prévenir l'infection : document d'information scientifique, 9 juillet 2020* [Internet], Genève, OMS, 2020 [consulté le 29 sept. 2020]. Disponible à : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333340/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
39. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *La transmission de la COVID-19 par les gouttelettes respiratoires et les aérosols... Ce que nous savons jusqu'à présent* [sic] [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [consulté le 23 sept. 2021]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/05/wwksf-transmission-respiratory-aerosols.pdf?la=fr>
40. Gouvernement du Canada. *COVID-19 : principaux modes de transmission* [Internet], Ottawa (Ontario), gouvernement du Canada, 2021 [modifié le 29 juin 2021; consulté le 12 déc. 2021]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/principaux-modes-transmission.html>.
41. Gouvernement du Canada. *Signes, symptômes et gravité de la COVID-19 : guide à l'intention des cliniciens* [Internet], Ottawa (Ontario), gouvernement du Canada, 2020 [modifié le 1^{er} juin 2022; consulté le 20 sept. 2022]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/signes-symptomes-gravite.html>.

42. Wu, Y., L. Kang, Z. Guo, J. Liu, M. Liu, W. Liang. « Incubation period of COVID-19 caused by unique SARS-CoV-2 strains: a systematic review and meta-analysis », *JAMA Netw Open*, 2022, vol. 5, n° 8, e2228008-e. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.28008>.
43. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent sur... l'infection et la transmission asymptomatiques* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [consulté le 9 sept. 2021]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/what-we-know-jan-30-2020.pdf?la=fr>.
44. Qiu, X., A. I. Nergiz, A. E. Maraolo, I. I. Bogoch, N. Low et M. Cevik. « The role of asymptomatic and pre-symptomatic infection in SARS-CoV-2 transmission: a living systematic review », *Clin Microbiol Infect*, 2021, vol. 27, n° 4, p. 511-519. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.01.011>.
45. Garret, N., A. Tapley, J. Andriesen, I. Seocharan, L. H. Fisher, L. Bunts et coll. « High rate of asymptomatic carriage associated with variant strain Omicron », *medRxiv* 21268130 [préimpression], 14 janv. 2022 [consulté le 20 sept. 2022]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21268130>.
46. Shang, W., L. Kang, G. Cao, Y. Wang, P. Gao, J. Liu et coll. « Percentage of asymptomatic infections among SARS-CoV-2 Omicron variant-positive individuals: a systematic review and meta-analysis », *Vaccines*, 2022, vol. 10, n° 7, p. 1049. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/vaccines10071049>.
47. Yu, W., Y. Guo, S. Zhang, Y. Kong, Z. Shen, J. Zhang. « Proportion of asymptomatic infection and nonsevere disease caused by SARS-CoV-2 Omicron variant: a systematic review and analysis », *J Med Virol*, 12 août 2022 [publication électronique préalable à la publication écrite]. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/jmv.28066>.
48. Wu, Q., L. Shi, H. Li, S. Huang, H. Li, L. Li et coll. « Viral RNA load in symptomatic and asymptomatic COVID-19 Omicron variant-positive patients », *Can Respir J*, 2022, vol. 2022, art. 5460400. Disponible à : <https://doi.org/10.1155/2022/5460400>.
49. Takahashi, K., M. Ishikane, M. Ujiie, N. Iwamoto, N. Okumura, T. Sato et coll. « Duration of infectious virus shedding by SARS-CoV-2 Omicron variant-infected vaccinees », *Emerg Infect Dis*, 2022, vol. 28, n° 5, p. 998-1001. Disponible à : <https://doi.org/10.3201/eid2805.22019743>.
50. Gouvernement de l'Ontario. *Le plan de vaccination de l'Ontario contre la COVID-19* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 14 sept. 2021; consulté le 12 déc. 2021]. Disponible à : <https://covid-19.ontario.ca/fr/le-plan-de-vaccination-de-lontario-contre-la-covid-19>.
51. Brown, K.A., N. M. Stall, T. Vanniyasingam, S. A. Buchan, N. Daneman, M. P. Hillmer et coll. « Early impact of Ontario's COVID-19 vaccine rollout on long-term care home residents and health care workers », *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table*, 2021, vol. 2, n° 13, p. 1-10. Disponible à : <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.13.1.0>.
52. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Cas confirmés de COVID-19 après la vaccination dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite en Ontario : du 14 décembre 2020 au 30 juin 2021* [Internet], Toronto (Ontario),

Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [consulté le 30 nov. 2021]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-epi-confirmed-cases-following-vaccination-ltchrh.pdf?sc_lang=fr.

53. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *La vaccination contre la COVID- en Ontario du 14 décembre 2020 au 5 décembre 2021*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021.
54. Matsumura, Y., M. Yamamoto, K. Shinohara, Y. Tsuchido, S. Yukawa, T. Noguchi et coll. « High mortality and morbidity among vaccinated residents infected with the SARS-CoV-2 Omicron variant during an outbreak in a nursing home in Kyoto City, Japan », *Am J Infect Control*, 15 sept. 2022 [publication électronique préalable à la publication écrite]. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.09.007>.
55. Loconsole, D., L. Bisceglia, F. Centrone, A. Sallustio, M. Accogli, L. Dalfino et coll. « Autochthonous outbreak of SARS-CoV-2 Omicron variant in booster-vaccinated (3 doses) healthcare workers in Southern Italy: just the tip of the iceberg? », *Vaccines*, 2022, vol. 10, n° 2, p. 283. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/vaccines10020283>.
56. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Cas confirmés de COVID-19 après la vaccination en Ontario du 14 décembre 2020 au 28 novembre 2021* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021.
57. Brandal, L. T., E. MacDonald, L. Veneti, T. Ravlo, H. Lange, U. Naseer et coll. « Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021 », *Euro Surveill*, 2021, vol. 26, n° 50, 2101147. Disponible à : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.50.2101147>.
58. Planas, D., N. Saunders, P. Maes, F. G. Benhassine, C. Planchais, F. Porrot et coll. « Considerable escape of SARS-CoV-2 variant Omicron to antibody neutralization », *bioRxiv* 472630 [préimpression], 15 déc. 2021 [consulté le 17 déc. 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.12.14.472630>.
59. Lu, L., B. W.-Y. Mok, L. Chen, J. M.-C. Chan, O. T.-Y. Tsang, B. H.-S. Lam et coll. « Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron variant by sera from BNT162b2 or Coronavac vaccine recipients », *medRxiv* 21267668 [préimpression], 14 déc. 2021 [consulté le 17 déc. 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.12.13.21267668>.
60. Andrews, N., J. Stowe, F. Kirsebom, S. Toffa, T. Rieckard, E. Gallagher et coll. « Effectiveness of COVID-19 vaccines against the Omicron (B.1.1.529) variant of concern », *medRxiv* 21267615 [préimpression], 14 déc. 2021 [consulté le 15 déc. 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267615>.
61. Levine-Tiefenbrun, M., I. Yelin, R. Katz, R. Herzel, Z. Golan, L. Schreiber et coll. « Initial report of decreased SARS-CoV-2 viral load after inoculation with the BNT162b2 vaccine », *Nat Med*, 2021, vol. 27, n° 3, p. 790-792. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01316-7>.
62. Jones, N. K., L. Rivett, S. Seaman, R. J. Samworth, B. Warne, C. Workman et coll. « Single-dose BNT162b2 vaccine protects against asymptomatic SARS-CoV-2 infection », *Elife*, 2021, vol. 10. e68808. Disponible à : <https://doi.org/10.7554/elife.68808>

63. Xiao, A. T., Y. X. Tong et S. Zhang. « Profile of RT-PCR for SARS-CoV-2: a preliminary study from 56 COVID-19 patients », *Clin Infect Dis*, 2020, vol. 71, n° 16, p. 2249-2251. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa460>.
64. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Pleins feux sur : un aperçu des valeurs de cycle seuil et de leur rôle dans l'interprétation des résultats des tests de dépistage du SARS-CoV-2 par PCR en temps réel* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [consulté le 4 févr. 2021]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/main/2020/09/cycle-threshold-values-sars-cov2-pcr.pdf?la=fr>.
65. Ministère de la Santé de l'Ontario. *Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario* [Internet], version 13.0, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 11 août 2021; consulté le 12 déc. 2021]. Disponible à : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts.pdf.
66. *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, chap. O.1. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90o01>.
67. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4^e édition*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2014/bp-hand-hygiene.pdf?la=fr>.
68. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3^e édition* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2018/bp-environmental-cleaning.pdf?la=fr>.
69. Yau, K., M. P. Muller, M. Lin, N. Siddiqui, S. Neskovic, G. Shokar et coll. « COVID-19 outbreak in an urban hemodialysis unit », *Am J Kidney Dis*, 2020, vol. 76, n° 5, p. 690-695.e1. Disponible à : <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.07.001>.
70. Bigelow, B. F., O. Tang, G. R. Toci, N. Stracker, F. Sheikh, K. M. J. Slifka et coll. « Transmission of SARS-CoV-2 involving residents receiving dialysis in a nursing home – Maryland, April 2020 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2020, vol. 69, n° 32, p. 1089-1094. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932e4>.
71. Corbett, R. W., S. Blakey, D. Nitsch, M. Loucaidou, A. McLean, N. Duncan et coll. « Epidemiology of COVID-19 in an urban dialysis center », *J Am Soc Nephrol*, 2020, vol. 31, n° 8, p. 1815-1823. Disponible à : <https://doi.org/10.1681/ASN.2020040534>.
72. La Milla, V., G. Bacchini, M. C. Bigi, D. Casartelli, A. Cavalli, M. Corti et coll. « COVID-19 outbreak in a large hemodialysis center in Lombardy, Italy », *Kidney Int Rep*, 2020, vol. 5, n° 7, p. 1095-1099. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.05.019>.

73. Mazzoleni, L., C. Ghafari, F. Mestrez, R. Sava, E. Bivoleanu, P. Delmotte et coll. « COVID-19 outbreak in a hemodialysis center: a retrospective monocentric case series », *Can J Kidney Health Dis*, 2020, vol. 7, p. 1-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/2054358120944298>.
74. Schwierzeck, V., J. C. König, J. Kühn, A. Mellmann, C. L. Correa-Martínez, H. Omran et coll. « First reported nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in a pediatric dialysis unit », *Clin Infect Dis*, 2021, vol. 72, n° 2, p. 265-270. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa491>.
75. Cho, J. H., S. H. Kang, H. C. Park, D. K. Kim, S. H. Lee, J. Y. Do et coll. « Hemodialysis with cohort isolation to prevent secondary transmission during a COVID-19 outbreak in Korea », *J Am Soc Nephrol*, 2020, vol. 31, n° 7, p. 1398-1408. Disponible à : <https://doi.org/10.1681/ASN.2020040461>.
76. Anand, S. M.-R.M., J. Han, P. Garcia, L. Cadden, P. Hunsader et coll. « Antibody response to COVID-19 vaccination in patients receiving dialysis », *J Am Soc Nephrol*, 2021, vol. 32, n° 10, p. 2345-2348. Disponible à : <https://doi.org/10.1681/ASN.2021050611>
77. Strengert, M., M. Becker, G. Morilla Ramos, A. Dulovic, J. Gruber, J. Juengling et coll. « Cellular and humoral immunogenicity of a SARS-CoV-2 mRNA vaccine in patients on hemodialysis », *EBioMedicine*, 2021, vol. 70, n° 8, 103524. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.05.26.21257860>
78. Lacson Jr., E., C. P. Argyropoulos, H. J. Manley, G. Aweh, A. I. Chin, L. H. Salman et coll. « Immunogenicity of SARS-CoV-2 vaccine in dialysis », *JASN*, 2021, vol. 32, n° 11, p. 2735-2742. Disponible à : <https://doi.org/10.1681/asn.2021040432>.
79. Gouvernement de l'Ontario. *Mesures et conseils en matière de santé publique* [Internet]. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022 [mis à jour le 15 sept. 2022; consulté le 20 sept. 2022]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/mesures-et-conseils-en-matiere-de-sante-publique#section-0>.

Annexe A. Symptômes de la COVID-19

Les symptômes les plus courants de la COVID-19 sont les suivants⁷⁹ :

- fièvre ou frissons
- toux
- essoufflement
- diminution ou perte du goût ou de l'odorat
- nez qui coule ou congestion nasale
- mal de tête
- fatigue extrême
- mal de gorge
- douleurs musculaires ou articulaires
- symptômes gastro-intestinaux (p. ex., vomissements ou diarrhée)

Source : Gouvernement de l'Ontario, [COVID-19 : Mesures et conseils en matière de santé publique](https://www.ontario.ca/fr/page/mesures-et-conseils-en-matiere-de-sante-publique#section-0)⁷⁹.

Annexe B. Plan d'action pour une première réunion de l'équipe de gestion des éclosions

L'équipe de gestion des éclosions (EGE) établit une définition de cas pour l'éclosion.

Les représentants de la PCI, de la SST et du CMSST présentent :

- un bilan des cas présumés et confirmés chez les patients;
- un bilan des cas présumés et confirmés chez le personnel (anonymisés);
- une liste des cas et une courbe épidémique reflétant tous les cas présumés et confirmés (anonymisés pour le personnel);
- un compte rendu de la recherche des contacts indiquant :
 - les patients et les membres du personnel exposés et leur mode de prise en charge;
 - les liens épidémiologiques potentiels entre les patients et le personnel infectés;
- une revue des statuts cliniques pour tous les cas confirmés (anonymisés pour le personnel);
- une première évaluation de certaines pratiques et de certains événements ayant pu provoquer l'éclosion ou y contribuer selon les données disponibles. Par exemple :
 - la non-conformité aux pratiques de PCI (p. ex., hygiène des mains, désinfection de l'équipement, nettoyage de l'environnement);
 - le faible taux de vaccination du personnel;
 - les obstacles au respect des protocoles concernant la COVID-19 (p. ex., non-respect de la distanciation physique ou du port du masque, partage de nourriture, pénuries d'EPI ou de produits d'hygiène des mains);
 - les erreurs de diagnostic ou de surveillance (p. ex., symptômes typiques ou atypiques de la COVID-19 passés sous le radar, non-signalement des symptômes, erreur au laboratoire, mauvaise interprétation des tests en laboratoire);
 - les facteurs propres aux patients (p. ex., manque de coopération, visites de gens malades à l'unité, déambulations d'un patient symptomatique, faible taux de vaccination);
 - les facteurs environnementaux (p. ex., chambres à plusieurs lits situés à moins de deux mètres de distance, ventilation insuffisante, environnements bondés et encombrés);
- une première évaluation des pratiques de PCI dans les zones touchées pour déceler les failles dans les mesures de base (p. ex., hygiène des mains, désinfection des équipements partagés, nettoyage de l'environnement) et celles spécifiques à la COVID-19.

Les représentants des zones touchées :

- font le point sur les pratiques de PCI à leur unité et indiquent les ajustements requis;
- fournissent leur propre évaluation des facteurs ayant pu contribuer à la transmission du SRAS-CoV-2;
- font le bilan des effectifs et des répercussions de l'éclosion et des mesures de contrôle sur les soins cliniques.

L'EGE établit la pertinence de mener de nouvelles enquêtes, comme :

- un examen de l'ensemble des politiques et protocoles de PCI et de SST;
- une vérification des pratiques de PCI et de SST.

En consultation avec l'équipe de la PCI et de la microbiologie, l'EGE établit la pertinence d'un séquençage complet du génome.

L'EGE se penche sur les mesures de contrôle actuelles et voit aux ajustements nécessaires, s'il y a lieu (les éléments énumérés ici font l'objet de discussions mais ne s'appliquent pas nécessairement à tous les contextes) :

- Déclaration d'une éclosion (s'il y a lieu).
- Interruption des admissions à l'unité (s'il y a lieu).
- Interdiction au personnel de l'unité de travailler dans d'autres unités.
- Ajout de mesures relatives à l'EPI (p. ex., port de la visière en tout temps dans l'unité en éclosion, précautions supplémentaires pour tous les patients).
- Surveillance accrue des symptômes chez les patients et dépistage des patients symptomatiques.
- Vérifications des pratiques et de la formation en PCI et en SST pour voir au respect des pratiques exemplaires.
- Dépistage auprès des patients selon la prévalence à un moment donné.
- Recensement des transferts internes hors de l'unité durant la période de transmission, application des précautions supplémentaires et dépistage.
- Recensement des patients qui ont reçu leur congé ou été transférés à un autre établissement durant la période de transmission, puis communication avec la santé publique et les établissements d'accueil pour assurer une gestion adéquate des cas.
- Transfert de l'EPI requis à l'unité.
- Améliorations au nettoyage de l'environnement.
- Promotion de la vaccination auprès du personnel.
- Possibilités d'ajouter des interventions ciblées selon l'épidémiologie apparente de l'éclosion.
- Mise en place d'un plan de communication pour informer :
 - le personnel de la zone touchée;
 - l'organisation dans son ensemble;
 - les patients et leur famille;
 - la population en général (p. ex., publications sur les sites Web des hôpitaux);
 - les médias.
- Choix d'une date pour la prochaine réunion.

Santé publique Ontario

480, avenue University, bureau 300

Toronto (Ontario)

M5G 1V2

647.260.7100

pidac@oahpp.ca

www.santepubliqueontario.ca

