



Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires dans l'ensemble des établissements de santé

Octobre 2024

Première révision : décembre 2024

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société de la Couronne vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Pour ce faire, Santé publique Ontario 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 un soutien scientifique et technique spécialisé afin d'aider le gouvernement, les bureaux locaux de santé publique ainsi que les fournisseurs de soins dans les domaines suivants :

- maladies infectieuses et transmissibles;
- prévention et contrôle des infections;
- santé environnementale et santé 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.

Le travail de Santé publique Ontario comporte également des volets de surveillance, d'épidémiologie, de recherche, de perfectionnement professionnel ainsi que de services axés sur le savoir. Pour en savoir plus, consultez www.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 — Prévention et contrôle des infections. Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires dans l'ensemble des établissements de santé. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024.

ISBN : 978-1-4868-8459-9

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024

Résumé des modifications

Le tableau ci-dessous résume les changements intégrés dans cette édition révisée. Les recommandations présentées dans cette édition révisée sont les mêmes que dans la version d'octobre 2024.

Date de mise en œuvre	Description des principaux changements	Page
12/02/2024	La section des références a été mise à jour afin d'inclure des liens aux ressources à jour.	90

Historique de publication :

- Publication : octobre 2024
- 1^{re} révision : décembre 2024

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 pour les conséquences de l'usage de ce document par qui que ce soit.

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.

REMARQUE : 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.

Ressources

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI)

Courriel : pidac@oahpp.ca

Auteurs et contributeurs

Le CCPMI-PCI tient à souligner l'apport et les compétences des personnes suivantes qui ont participé à l'élaboration du présent document :

Membres du CCPMI-PCI :

D^r Dominik Mertz, président

Professeur agrégé, directeur médical, contrôle des infections, Hamilton Health Sciences. Hamilton

Maria Louise Azzara

Spécialiste en prévention et contrôle des infections, services de santé et communautaires de la région de York. Richmond Hill

D^r Zain Chagla (depuis juin 2024)

Codirecteur médical, contrôle des infections et chef du service de lutte contre les maladies infectieuses, St. Joseph's Healthcare. Hamilton

D^r William Ciccotelli (jusqu'en août 2023)

Maladies infectieuses et microbiologie médicale, hôpital Grand River. Kitchener

Megan Clarke

Praticienne du contrôle des infections, The Hospital for Sick Children. Toronto

D^r Jeffrey Eruvwetaghware (à compter d'avril 2024)

Directeur, Qualité, risque, rendement opérationnel et contrôle des infections, Weeneebayko Area Health Authority. Moose Factory

D^{re} Susy Hota (jusqu'en avril 2024)

Directrice médicale, prévention et contrôle des infections, University Health Network. Toronto

D^{re} Jennie Johnstone (jusqu'en mars 2024)

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

D^{re} Reena Lovinsky (à compter de septembre 2023)

Directrice médicale, prévention et contrôle des infections, Scarborough Health Network. Scarborough

D^r Mike Payne (de juin 2023 à mars 2024)

Directeur médical, prévention et contrôle des infections, London Health Sciences Centre. London (jusqu'en août 2023)

Médecin microbiologiste et spécialiste de la prévention et du contrôle des infections, Providence Health Care. Vancouver (à compter de septembre 2023)

Liz McCreight

Directrice, prévention et contrôle des infections et gestion du risque, Sinai Health. Toronto

Francine Paquette

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

D^{re} Herveen Sachdeva

Médecin hygiéniste adjointe, Bureau de santé de Toronto. Toronto

Laurie Streitenberger

Gestionnaire principale, prévention et contrôle des infections, The Hospital for Sick Children. Toronto

D^{re} Nisha Thampi (à compter d'août 2024)

Directrice médicale prévention et contrôle des infections, Children's Hospital of Eastern Ontario. Ottawa

D^r Alon Vaisman (à compter de juin 2024)

Épidémiologiste hospitalier, prévention et contrôle des infections, University Health Network. Toronto

Erika Vitale

Directrice, prévention et contrôle des infections et planification pandémique, hôpital régional de Windsor. Windsor

Membres d'office :

Anne Augustin (à compter d'octobre 2022)
Chef d'équipe, intervention et soutien en cas d'écllosion — protection de la santé, Santé publique Ontario. Toronto

Helen Bedkowski (à compter de juin 2023)
Chef, prévention et contrôle des infections, ministère de la Santé. Toronto

Sandra Callery (jusqu'en septembre 2022)
Conseillère principale, protection de la santé, Santé publique Ontario. Toronto

Melissa Helferty (jusqu'en juin 2023)
Chef, politiques et programmes en matière de maladies infectieuses, ministère de la Santé. Toronto

D^{re} Michelle Murti (à compter d'août 2024)
Médecin hygiéniste en chef adjointe, ministère de la Santé. Toronto

D^r Samir Patel
Chef, microbiologiste clinicien et recherche pour les laboratoires, Santé publique Ontario. Toronto

Expert-conseil

D^r Kevin Katz
Directeur médical, prévention et contrôle des infections, hôpital général de North York. Toronto

Membres du personnel de SPO :

Tanya Denich (à compter d'octobre 2023)
Spécialiste de la PCI, protection de la santé, Santé publique Ontario. Toronto

Pegah Eschli (jusqu'en décembre 2023)
Spécialiste principale de programme, protection de la santé, Santé publique Ontario. Toronto

Lucas Fairs (jusqu'en décembre 2023)
Coordonnateur de la recherche, protection de la santé, Santé publique Ontario. Toronto

D^r Nikhil Rajaram
Médecin provincial, Direction de la santé et de la sécurité au travail, ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences de l'Ontario. Toronto

D^{re} Michelle Science
Médecin spécialiste de la prévention et du contrôle des infections, Protection de la santé, Santé publique Ontario. Toronto

Jacky Sweetnam
Chef, Unité du soutien à la gestion des situations d'urgence, ministère des Soins de longue durée. Toronto

D^{re} Barbara Yaffe (de juin 2023 à août 2024)
Médecin hygiéniste en chef adjointe, ministère de la Santé. Toronto

Mabel Lim (jusqu'en mars 2023)
Spécialiste de la PCI, protection de la santé, Santé publique Ontario. Toronto

D^{re} Jeya Nadarajah
Médecin-chef, science et santé publique, Santé publique Ontario. Toronto

Jennifer Robertson
Chef, protection de la santé, Santé publique Ontario. Toronto

Arezou Saedi (à compter de mai 2024)
Coordonnatrice de la recherche, protection de la
santé, Santé publique Ontario. Toronto

Kate Sanderson Coordonnatrice de la recherche,
protection de la santé, Santé publique Ontario.
Toronto

Sera Thomas (à compter de mai 2024)
Coordonnatrice de la recherche, protection de la
santé, Santé publique Ontario. Toronto

Table des matières

Abréviations	5
Glossaire	6
Préambule	13
Contexte	14
Risques et conséquences des infections aiguës des voies respiratoires dans les établissements de soins de santé.....	14
1. Mesures de contrôle environnemental.....	15
1.1 Hiérarchie des mesures de contrôle	15
1.2 Évaluation du risque organisationnel.....	16
1.3 Cadre des risques de transmission.....	17
1.4 Politiques de santé au travail et vaccination des travailleurs de la santé.....	18
1.4.1 Immunisation des travailleurs de la santé	19
1.5 Placement des patients/résidents atteints d'infection aiguë des voies respiratoires	20
1.5.1 Chambres individuelles	20
1.5.2 Regroupement des patients/résidents en cohorte	21
1.5.3 Précautions supplémentaires au chevet du patient	22
1.5.4 Considérations relatives aux établissements de soins de longue durée.....	23
1.5.5 Facteurs à envisager pour les centres de dialyse	24
1.5.6 Facteurs à envisager pour les établissements de soins dentaires	24
1.6 Ventilation	24
1.6.1 Rôle clé de la ventilation dans la prévention des infections aiguës des voies respiratoires dans les établissements de santé.....	25
1.6.2 Installation et entretien des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation ...	25
1.6.3 Amélioration de la ventilation.....	26
1.6.4 Période d'inactivité.....	31
1.7 Barrières et distanciation physique.....	31
1.7.1 Barrières physiques	31
1.7.2 Distanciation physique	32
1.7.3 Planification et préparation.....	35
1.8 Exigences et recommandations en matière de contrôle environnemental.....	36
Exigences législatives.....	36
Recommandations	36

2.	Pratiques de base et précautions supplémentaires à prendre en compte pendant la saison des virus respiratoires	38
	Pratiques de base	38
2.1.1	Évaluation des risques au point de service	39
2.2	Élargissement des pratiques de base	40
2.2.1	Stratégies de port continu du masque	40
2.2.2	Protection oculaire continue.....	47
2.3	Précautions supplémentaires en cas d’infections virales respiratoires aiguës.....	47
2.3.1	Respirateurs et masques médicaux N95 pour la protection contre les infections aiguës des voies respiratoires.....	48
2.3.2	Durée des précautions supplémentaires	53
2.4	Pratiques de base pour les interventions présentant un plus grand risque de transmission - Interventions médicales générant des aérosols.....	54
2.4.1	Le concept des interventions médicales générant des aérosols.....	54
2.4.2	Un historique des interventions médicales générant des aérosols	54
2.4.3	Définition actuelle des interventions médicales générant des aérosols	55
2.4.4	Implications relatives aux ÉPI pour les interventions médicales générant des aérosols....	56
2.5	Exigences et recommandations pour les pratiques de base et les précautions supplémentaires pendant la saison des virus respiratoires	58
	Exigences législatives.....	58
	Recommandations	58
3.	Surveillance et éclosions des virus respiratoires.....	59
3.1	Dépistage et surveillance des infections aiguës des voies respiratoires.....	59
3.1.1	Dépistage des infections respiratoires aiguës dans les établissements de soins de santé.....	59
3.1.2	Surveillance des patients/résidents/clients	61
3.1.3	Surveillance du personnel	61
3.1.4	Dépistage des infections respiratoires aiguës dans les services de soins à domicile.....	62
3.2	Consignation et signalement des infections aiguës des voies respiratoires	62
3.2.1	Signalement des travailleuses et travailleurs de la santé présentant une infection aiguë des voies respiratoires.....	63
3.2.2	Déterminer si un cas doit être classé comme nosocomial.....	64
3.2.3	Examen initial d’un unique cas nosocomial d’infection respiratoire aiguë chez un patient/résident.....	65
3.3	Infections respiratoires aiguës – Considérations à propos des éclosions.....	65
3.4	Repérage des éclosions	68
3.4.1	Grappes de cas parmi le personnel	68
3.4.2.	Grappes d’ infections respiratoires aiguës dans les chambres à plusieurs lits	69
3.5	Investigation et gestion des éclosions.....	69

3.5.1	Aperçu des mesures immédiates	70
3.5.2	Réunion de l'équipe de gestion des éclosions	71
3.5.3	Communication	72
3.6	Stopper la transmission dans l'unité touchée par une éclosion	73
3.7	Rôle des tests en cas d'éclosion	74
3.7.1	Interprétation d'un test de dépistage positif pour la COVID-19 chez une personne asymptomatique.....	74
3.8	Prophylaxie antivirale pendant une éclosion de grippe.....	75
3.8.1	Prophylaxie antivirale en cas d'éclosion d'infection aiguë des voies respiratoires non grippale	76
3.8.2	Immunsation en réponse à une éclosion d'infection aiguë des voies respiratoires	76
3.9	Considérations à propos des équipements de protection individuelle (ÉPI)	76
3.10	Regroupement du personnel en cohorte.....	77
3.11	Admission pendant une éclosion d'infection aiguë des voies respiratoires	77
3.12	Quand déclarer la fin d'une éclosion.....	78
3.13	Gestion des éclosions en milieux de soins externes à risque élevé	79
3.13.1	Centres de dialyse	79
3.14	Obligations et recommandations pour la surveillance et les éclosions de virus respiratoires ..81	
	Obligations légales	81
	Recommandations	81
	Récapitulatif des obligations légales et des recommandations relatives aux pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires dans tous les établissements de soins de santé.....	83
	Références.....	90
	Annexe A : Méthodologie de l'analyse documentaire	114
	Annexe B : Risque de transmission associé à diverses interventions	117
B.1	Intubation et extubation	117
B.2	Aspiration	118
B.3	Ventilation manuelle	118
B.4	Trachéotomie	118
B.5	Bronchoscopie.....	118
B.6	Laryngoscopie.....	119
B.7	Endoscopie nasale	119
B.8	Ventilation non-invasive.....	119
B.9	Interventions de dentisterie.....	119
B.10	Réanimation cardiorespiratoire	120
B.11	Induction de l'expectoration.....	120

B.12 Thérapie par nébulisation	120
B.13 Oxygène nasal à haut débit (thérapie par canule nasale à haut débit)	121
B.14 Autres interventions médicales	121
Annexe C : Exemple d’algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires.....	131
Annexe D : Exemple de formulaire de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires à l’arrivée en milieu de soins (démarche active)	132
Annexe E : Exemple d’affiche utilisée pour le dépistage passif des infections aiguës des voies respiratoires à l’entrée des établissements de soins de santé	133
Annexe F : Exemple d’affiche à l’intention des visiteurs des établissements de soins de santé	134
Annexe G : Exemple d’outil de signalement et de surveillance quotidiennes des infections aiguës des voies respiratoires pour les patients hospitalisés et en milieu résidentiel	136
Annexe H : Symptômes d’infection aiguë des voies respiratoires	137

Abréviations

BiPAP	Ventilation en pression positive à deux niveaux	IMGA	Intervention médicale générant des aérosols
BSP	Bureau de santé publique	NHS	National Health Service
CCPMI-PCI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – Prévention et contrôle des infections	NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	OMS	Organisation mondiale de la Santé
CIIA	Chambre d’isolement des infections aéroportées	PCI	Prévention et contrôle des infections
CMSS	Comité mixte sur la santé et la sécurité	PEH	Pneumonie extrahospitalière
CO ₂	Dioxyde de carbone	PPI	Professionnel en prévention des infections
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019	PRI	Particules respiratoires infectieuses
CSA	Association canadienne de normalisation	RC	Rapport de cotes
CVC	Chauffage, ventilation et climatisation	RCP	Réaction en chaîne de la polymérase
DMBA	Désinfectant pour les mains à base d’alcool	RCP	Réanimation cardio-pulmonaire
ECT	Essai contrôlé randomisé	RR	Risque relatif
ÉGÉ	Équipe de gestion des éclosions	SLD	Soins de longue durée
ÉPI	Équipement de protection individuelle	SMRO	Syndrome respiratoire du Moyen-Orient
ÉRO	Évaluation du risque organisationnel	SMU	Services médicaux d’urgence
ÉRPS	Évaluation des risques au point de service	SPO	Santé publique Ontario
FSLD	Foyer de soins de longue durée	SRAS-CoV-2	Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
HD	Hémodialyse	SST	Santé et sécurité au travail
HEPA	Filtre à haute efficacité pour les particules de l’air	TAR	Test antigénique rapide
IAS	Infection associée aux soins de santé	TS	Travailleur de la santé
I AVR	Infection aiguë des voies respiratoires	USI	Unité de soins intensifs
IC	Intervalle de confiance	UV	Ultraviolets
IGUV	Irradiation germicide aux ultraviolets	VNI	Ventilation non invasive
		VOHF	Ventilation par oscillation à haute fréquence
		VPPC	Ventilation en pression positive continue
		VRS	Virus respiratoire syncytia

Glossaire

Aérosols : Terme qui désigne habituellement de minuscules gouttelettes d'humidité parfois porteuses de micro-organismes. En raison de leur légèreté, les aérosols peuvent brièvement demeurer en suspension et ainsi être inhalés avec les micro-organismes qu'ils contiennent¹.

Agent infectieux : Micro-organisme, c'est-à-dire une bactérie, un champignon, un parasite, un virus ou un prion, capable d'envahir les tissus organiques, de se multiplier puis de causer une infection.

Cas : En épidémiologie, personne infectée ou colonisée par un micro-organisme en particulier.

Chambre d'isolement des infections aéroportées (CIIA) : Chambre munie d'un système de ventilation qui est conçue et construite de façon à limiter la propagation de micro-organismes transmis par voie aérienne d'un occupant infecté aux espaces adjacents du milieu de soins de santé. On appelle aussi ces chambres des chambres à pression négative. REMARQUE : L'Association canadienne de normalisation utilise le terme « chambre d'isolement pour infections à transmission aérienne ».

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – Prévention et contrôle des infections (CCPMI-PCI)¹⁶ : Organisme consultatif scientifique multidisciplinaire prodiguant à Santé publique Ontario des conseils fondés sur les données probantes concernant de nombreux aspects du repérage, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses.

Continuum des soins : Dans tous les secteurs des soins de santé, y compris les établissements qui dispensent des soins d'urgence (y compris les soins préhospitaliers), les hôpitaux, les établissements qui dispensent des soins continus complexes, les hôpitaux de réadaptation, les maisons de soins de longue durée, les cliniques externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires, les cabinets d'autres professionnels de la santé, les bureaux de santé publique et les soins à domicile.

Dépistage : Procédure standard de contrôle de certaines maladies contagieuses par laquelle des efforts diligents sont faits pour repérer les personnes qui sont ou peuvent être infectées.

Désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) : Désinfectant liquide, en gel ou en mousse contenant de l'alcool (p. ex., alcool isopropylique ou éthanol), que l'on utilise dans les situations cliniques pour réduire le nombre de micro-organismes se trouvant sur les mains non visiblement souillées. Les DMBA contiennent des émoullissants qui réduisent l'irritation cutanée et permettent un lavage des mains plus rapide qu'avec du savon et de l'eau⁴.

Désinfection : Inactivation des micro-organismes pathogènes. La désinfection ne détruit pas les spores bactériennes. Le matériel médical doit être nettoyé à fond avant de pouvoir procéder à une désinfection efficace.

Éclosion : Pour les besoins du présent document, une éclosion est une augmentation du nombre de cas supérieure au nombre de cas qui surviennent normalement dans un établissement de soins de santé particulier pendant une période définie.

Environnement de prestation de soins de santé : Personnes et articles qui constituent l'environnement de soins (p. ex., les objets, le matériel médical, le personnel, les clients/patients/résidents) d'un hôpital, d'une clinique ou d'un établissement de soins ambulatoires, à l'extérieur de l'environnement immédiat du patient/résident/client¹. Voir également [Environnement du patient/résident/client](#).

Environnement du patient/résident/client : Espace immédiat d'un patient/résident/client qui peut être touché par celui-ci et qui peut également être touché par le fournisseur de soins de santé au moment de la prestation des soins. Dans une chambre individuelle, la chambre constitue l'environnement du patient/résident/client. Dans une chambre à plusieurs lits, l'environnement du patient/résident/client est constitué de l'espace délimité par le rideau de la personne. Dans un contexte de soins ambulatoires, l'environnement du patient/résident/client est l'espace situé à l'intérieur de son cubicule, avec lequel le patient/résident/client est susceptible d'entrer en contact. Dans une pouponnière ou un établissement de soins néonataux, l'environnement du patient inclut l'intérieur du lit de bébé ou de l'incubateur, ainsi que le matériel installé à l'extérieur de l'incubateur ou du lit de bébé qui est utilisé pour le nourrisson (p. ex. ventilateur, moniteur)^{1,4}. Voir aussi [Environnement de prestation de soins de santé](#).

Équipement de protection individuelle (ÉPI) : Vêtement ou autre équipement porté pour se protéger d'un danger¹.

Essai d'ajustement : Méthode qualitative ou quantitative destinée à évaluer l'ajustement d'une marque, d'une taille et d'un modèle précis de respirateur sur une personne. Un essai d'ajustement doit être effectué au moins tous les deux ans et lorsque l'on change de masque de respirateur ou en présence de changement de l'état physique de l'utilisateur qui pourrait nuire à l'ajustement du respirateur⁷⁻⁹.

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.

Établissement de soins de santé : Tout lieu où des soins sont prodigués, y compris, mais sans s'y limiter, les milieux de soins préhospitaliers, les établissements de soins actifs, de soins continus complexes, de réadaptation, de santé mentale, de soins de longue durée (SLD) et de soins chroniques, les cliniques externes, les organismes de soins à domicile, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets de médecins, de dentistes et d'autres professionnels de la santé réglementés, les centres de services de santé communautaires intégrés et les locaux extrahospitaliers ainsi que tout autre lieu dans la communauté où sont prodigués des soins de santé¹.

Étiquette respiratoire : Mesures personnelles visant à prévenir la propagation des bactéries et des virus qui causent des infections aiguës des voies respiratoires (p. ex., se couvrir la bouche quand on tousse, jeter les papiers mouchoirs aux endroits appropriés).

Évaluation des risques aux points de service (ÉRPS) : Une évaluation des risques dynamique et personnalisée doit être effectuée par le travailleur de la santé avant chaque interaction ou tâche auprès d'un patient/résident/client où il y a un risque d'être exposé à une infection et qu'il convient d'effectuer un choix judicieux d'équipement de protection individuelle convenant à l'interaction avec le patient/résident/client et son environnement^{1,13}.

Évaluation des risques : Évaluation de l'interaction entre le fournisseur de soins de santé, le patient/résident/client et l'environnement de ce dernier afin d'évaluer et d'analyser les risques d'exposition à une maladie infectieuse¹. Voir également [Évaluation des risques aux points de service](#).

Évaluation du risque organisationnel (ÉRO) : Évaluation menée par l'organisme ou l'établissement dans le but de mettre en œuvre des moyens de pallier les dangers cernés.

Exposition à risque élevé (à un patient/résident/client atteint d'une infection aiguë des voies respiratoires) : Exposition qui, après évaluation des facteurs pouvant augmenter le risque de transmission d'une personne infectée à une personne vulnérable (p. ex. durée de l'exposition à

proximité, 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 qu'une infection aiguë des voies respiratoires survienne chez la personne exposée.

Exposition : Une personne exposée est une personne qui s'est trouvée à proximité d'un cas de maladie transmissible, de sorte que la transmission est possible. Il y a différents degrés de risque en fonction du type d'exposition ou des conditions de l'exposition.

Filtre HEPA : Filtre à haute efficacité contre les particules de l'air dont l'efficacité est de 99,97 % pour éliminer les particules en suspension dans l'air d'au moins 0,3 micron¹⁰.

Fournisseur de soins essentiels : Voir [Soignant\(e\)](#).

Grappe : Groupement de cas de maladie pendant une période donnée dans une région précise, ce qui laisse supposer l'existence d'une association possible entre les cas eu égard à la transmission.

Hygiène des mains : Terme général faisant référence à tout ce qui touche le nettoyage des mains. L'hygiène des mains consiste à éliminer la saleté visible et à éliminer ou supprimer les micro-organismes transitoires se trouvant sur les mains. Elle comprend l'utilisation de savon et d'eau courante ou d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool. Elle comprend l'antisepsie chirurgicale des mains^{1,4}.

Infection aiguë des voies respiratoires (IAVR) : Toute nouvelle apparition d'une infection respiratoire aiguë qui pourrait être transmise par des gouttelettes (par les voies respiratoires supérieures ou inférieures), dont les symptômes consistent en une fièvre supérieure à 38 °C et l'apparition ou l'aggravation d'une toux ou d'un essoufflement (anciennement connue sous le nom de « maladie respiratoire fébrile » ou MRF). Il convient de noter qu'il se peut que les personnes âgées et immunodéprimées ne manifestent pas de réaction fébrile à une infection respiratoire.

Infection liée aux soins de santé (IASS) : Terme désignant une infection acquise durant la prestation des soins de santé (aussi connue sous le nom d'infection nosocomiale).

Infection : Pénétration et multiplication d'un agent infectieux dans les tissus de l'hôte. Une infection asymptomatique ou subclinique est un processus infectieux qui évolue de façon semblable à une maladie clinique sans se manifester par des symptômes cliniques. Une infection symptomatique ou clinique se manifeste par des signes et des symptômes cliniques (maladie).

Intervention médicale générant des aérosols (IMGA) : Procédure médicale plus susceptible de générer des particules respiratoires infectieuses augmentant le risque d'infection pour le personnel et les autres patients/résidents/clients, selon les données épidémiologiques^{2,3}.

Lavage des mains : Élimination physique de micro-organismes se trouvant sur les mains avec du savon (ordinaire ou antimicrobien) et de l'eau courante.

Liquides corporels : Tout liquide du corps. Des exemples de liquides corporels auxquels les travailleurs de la santé peuvent raisonnablement être exposés sont : le sang, l'urine, la salive, les expectorations, les larmes, le sperme, le liquide préséminal, le lait, les sécrétions vaginales, le liquide synovial, le liquide amniotique, le liquide céphalo-rachidien, le liquide pleural, le liquide péritonéal, la moelle, le liquide péricardique, les fèces, les sécrétions nasales, les vomissures, le mucus, le mucus cervical, le flegme, le colostrum, les sécrétions et le sang provenant du cordon ombilical.

Masque : Objet qui couvre le nez et la bouche, fixé à l'arrière et utilisé à titre d'équipement de protection individuelle afin de protéger les muqueuses du nez et de la bouche. Il peut également être utilisé pour limiter le risque de transmission lorsqu'il est porté par des personnes contagieuses.

Mesures administratives : Mesures mises en place par l'administration d'un établissement de santé pour réduire les risques d'infection du personnel ou des patients/résidents/clients par l'entremise de politiques d'atténuation de l'exposition aux dangers (p. ex. politiques de dépistage, politiques de santé au travail, éducation/formation).

Mesures techniques : Mesures physiques ou mécaniques mises en place pour réduire le risque d'infection du personnel ou des patients/résidents/clients (p. ex. système de chauffage, de ventilation ou de climatisation, conception des chambres, installation de lavabos réservés au lavage des mains)¹.

Moment d'hygiène des mains : Moment où, pendant une activité, il faut pratiquer l'hygiène des mains. Il peut y avoir plusieurs moments d'hygiène des mains au cours d'une seule séance de soins ou d'une activité⁴.

Nettoyage : Élimination des corps étrangers (p. ex. poussières, saletés) et des matières organiques (p. ex. sang, sécrétions, excréments, micro-organismes). Le nettoyage enlève physiquement les micro-organismes au lieu de les tuer. Il est effectué avec de l'eau, des détergents et une action mécanique.

Nouvelle infection respiratoire : Maladie causant des symptômes respiratoires (p. ex. fièvre, toux), mais dont l'agent étiologique et/ou l'épidémiologie de la maladie ne sont pas encore connus ou décrits.

Particules respirables : Particules exhalées qui peuvent être infectieuses.

Particules respiratoires infectieuses (PRI) : Pathogènes transportés par l'expiration des voies respiratoires des personnes infectées¹².

Patient/résident/client : Toute personne qui reçoit des soins dans un établissement de soins de santé.

Personnel : Personnes travaillant dans un établissement où sont prodigués des soins de santé, y compris, mais sans s'y limiter, les travailleurs de la santé. Voir également [Travailleur de la santé](#).

Point de service : Endroit où les trois éléments suivants sont réunis : le patient/résident/client, le fournisseur de soins de santé et les soins ou les traitements qui supposent un contact avec le patient/résident/client. Les produits au point de service, p. ex. le désinfectant pour les mains à base d'alcool, l'équipement de protection individuelle ainsi que les contenants pour objets pointus et tranchants doivent être accessibles pour le fournisseur de soins, sans que celui-ci doive quitter la zone de soins, afin qu'ils puissent être utilisés au moment approprié^{1,2,15}.

Pratiques de base : Système de pratiques de prévention et de contrôle des infections qu'il faut appliquer à tous les clients/patients/résidents lorsqu'on leur prodigue des soins afin de prévenir et de limiter la transmission des micro-organismes dans tous les établissements de soins de santé. Pour une description complète des pratiques de base, consultez le document du CCPMI-PCI intitulé [Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario](#)¹.

Précautions contre l'exposition aux gouttelettes : Terme désignant habituellement des précautions employées en plus des pratiques de base pour les clients/patients/résidents atteints ou potentiellement atteints d'une infection transmissible par de grosses particules respiratoires.

Précautions contre la transmission par voie aérienne : Utilisées en plus des pratiques de base pour les clients/patients/résidents que l'on sait ou que l'on soupçonne d'être atteints d'une maladie transmise

par de petites particules qui restent en suspension dans l'air et peuvent être inhalées par d'autres personnes. Voir aussi [Particules respiratoires infectieuses](#).

Précautions contre les contacts : Utilisées en plus des pratiques de base pour réduire les risques de transmission d'agents infectieux par contact avec une personne infectée.

Précautions supplémentaires : Il faut prendre de telles précautions (c.-à-d., précautions contre les contacts, les gouttelettes et la transmission par voie aérienne) en plus des pratiques de base afin de se protéger contre certains pathogènes ou certaines présentations cliniques¹.

Précautions : Interventions visant à réduire le risque de transmission des micro-organismes, p. ex. d'un patient/résident/client à l'autre, d'un patient/résident/client à un membre du personnel, d'un membre du personnel à un patient/résident/client ainsi que d'un contact avec l'environnement ou de l'équipement contaminé.

Prévention et contrôle des infections (PCI) : Pratiques et méthodes fondées sur des éléments probants qui, lorsqu'elles sont appliquées systématiquement dans les établissements de soins de santé, peuvent prévenir la transmission de micro-organismes aux fournisseurs de soins de santé, aux autres clients/patients/résidents et aux visiteurs ou réduire le risque de transmission.

Professionnel en prévention des infections (PPI) : Personne formée qui est responsable des mesures de PCI dans un établissement de soins de santé, notamment la mise au point, la mise en œuvre, l'évaluation et la formation relative aux politiques, procédures et pratiques de prévention des infections¹¹. Durant sa première année de pratique, un débutant en PPI doit commencer une formation en PCI dans un programme agréé par CHICA Canada. Lorsqu'il y sera admissible, le PPI doit obtenir sa Certification in Infection Control (CIC^{MD}) auprès du Certification Board of Infection Control Board (CBIC) au cours des cinq premières années et la conserver par la suite (c.-à-d. renouveler la certification tous les cinq ans).

Protection du visage : Équipement de protection individuelle qui protège les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche des éclaboussures ou de la pulvérisation de sang et d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions. La protection du visage peut comprendre un masque médical ou un respirateur utilisé conjointement avec des lunettes de protection ou un écran facial qui couvre les yeux, le nez et la bouche.

Protection oculaire : Dispositif qui couvre les yeux et qui est utilisé par les fournisseurs de soins de santé pour se protéger les yeux lorsque l'on s'attend à ce qu'une procédure ou une activité liée aux soins de santé risque de produire des éclaboussures ou la pulvérisation de sang ou d'autres liquides corporels, de sécrétions ou d'excrétions, ou lorsque les fournisseurs se trouvent dans un rayon de deux mètres d'un patient/résident/client 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 de l'infection d'un cas faisant l'objet d'une enquête afin de repérer les contacts et les autres cas⁵.

Recherche des contacts en aval : Recherche et mise en quarantaine des personnes ayant été exposées à un pathogène afin d'en stopper la transmission⁵. La recherche des contacts en aval vise à repérer les personnes ayant eu un contact sans protection appropriée avec un patient alors qu'il était contagieux. Voir aussi Recherche des contacts en amont et [Quarantaine](#).

Regroupement du personnel en cohorte : Pratique visant à affecter des fournisseurs de soins de santé précis à la prestation de soins à des clients/patients/résidents infectés par le même micro-organisme ou ayant contracté le même micro-organisme. Ces fournisseurs de soins de santé ne participent pas à la prestation de soins aux clients/patients/résidents qui ne font pas partie du regroupement. Voir également [Regroupement en cohorte](#).

Regroupement en cohorte : Affectation à une zone limitée, comme une chambre ou un secteur où des patients/résidents reçoivent des soins, d'au moins deux clients/patients/résidents qui sont infectés par le même micro-organisme ou qui ont contracté ce dernier, pour lesquels les affections en personnel sont limitées aux patients regroupés. Voir aussi [Regroupement du personnel en cohorte](#).

Respirateur N95 : Dispositif de protection individuelle porté sur le visage, qui couvre le nez et la bouche afin de réduire les risques d'inhalation de particules en suspension dans l'air pour la personne qui le porte. Le respirateur le plus souvent utilisé dans les milieux de soins de santé est le demi-masque filtrant N95. Un respirateur N95 homologué par le National Institute for Occupational Safety and Health présente une efficacité de filtration de 95 % ou plus des particules de la taille de 0,3 micron ou plus, et offre une étanchéité faciale laissant pénétrer moins de 10 % de contaminants¹³.

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.).

[Santé publique Ontario \(SPO\)](#)¹⁷ : Santé publique Ontario est le nom sous lequel fonctionne l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

Soignant(e) : Toute personne qui apporte un soutien personnel, social, psychologique et/ou physique à un patient/résident/client - souvent un membre de la famille, un ami ou un soutien communautaire, mais il peut également s'agir d'un soignant embauché à titre privé. Voir aussi [Fournisseur de soins essentiels](#).

Soins de longue durée (SLD) : Vaste gamme de soins personnels, de services de soutien et de services de santé fournis aux personnes qui ont des limites qui les empêchent de participer pleinement aux activités de la vie quotidienne. Les personnes qui ont recours aux services de soins de longue durée sont habituellement des personnes âgées, handicapées et atteintes d'une maladie chronique ou de longue durée.

Soins directs : Prestation de soins (p. ex., donner le bain à un patient/résident/client, le laver ou le tourner, changer ses vêtements, lui prodiguer des soins relatifs à l'incontinence, changer ses pansements, soigner ses plaies et ses lésions ouvertes, faire sa toilette).

Transmission à courte distance : Transmission qui se produit généralement dans 1 ou 2 mètres de la source. L'infection survenant par ce mode de transmission peut aussi bien découler de l'inhalation que du dépôt de particules infectieuses sur les muqueuses^{13,14}.

Transmission à longue distance : Mode de transmission impliquant des particules respiratoires qui demeurent en suspension de longues périodes et entraînent des infections par inhalation. Auparavant, ce mode de transmission était désigné par le terme « transmission aérienne »^{13,14}.

Transmission : Méthode par laquelle les agents infectieux se propagent d'une personne à l'autre (p. ex. contacts, particules respirables).

Travailleur de la santé (TS) : Toute personne œuvrant dans un établissement de soins de santé en contact direct avec un patient/résident/client, y compris, mais sans s'y limiter, les employés, les

médecins, les infirmières et infirmiers, les sages-femmes, les contractuels, les étudiantes et étudiants, les stagiaires en formation médicale postdoctorale, les chercheurs et les bénévoles. Voir aussi [Personnel](#).

Vérification de l'étanchéité : Procédure que le fournisseur de soins de santé doit effectuer chaque fois qu'il porte un respirateur N95 pour s'assurer qu'il est ajusté correctement au visage de l'utilisateur afin qu'il fournisse une protection respiratoire adéquate. Le fournisseur de soins de santé doit recevoir une formation sur la façon de procéder correctement à une vérification de l'étanchéité⁹.

Visiteur : Personne qui va dans un établissement de soins de santé pour voir un patient/résident/client, généralement pour socialiser, et qui ne fournit pas le type de soutien critique offert par un fournisseur de soins essentiels. Voir également [Soignant\(e\)](#).

Zone respiratoire : Zone d'une pièce dans laquelle les occupants respirent lorsqu'ils sont debout, assis ou couchés⁶.

Préambule

La protection des patients/résidents/clients ainsi que des membres du personnel et des travailleurs de la santé (TS) dans tous les établissements où des soins sont fournis est primordiale. Ce document se veut une extension des [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#)¹ du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses - Prévention et contrôle des infections (CCPMI-PCI) et traite de la surveillance, du signalement et des interventions spécifiques pour la prévention et le contrôle des infections aiguës des voies respiratoires (IAVR) dans les établissements de soins de santé, à l'échelle du continuum de soins. Les établissements de soins de santé comprennent, mais sans s'y limiter, les milieux de soins préhospitaliers, les établissements de soins actifs, de soins continus complexes, de réadaptation, de santé mentale, de soins de longue durée (SLD) et de soins chroniques, les cliniques externes, les organismes de soins à domicile, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets de médecins, de dentistes et d'autres professionnels de la santé réglementés, les centres de services de santé communautaires intégrés et les locaux extrahospitaliers ainsi que tout autre lieu dans la communauté où sont prodigués des soins de santé. Ce document vise également à orienter le dépistage et la prise en charge des IAVR et des éclosions d'IAVR dans les milieux de soins de santé, notamment les milieux de soins externes à risque élevés se trouvant dans ces établissements (comme les centres de dialyse, les cliniques de perfusion et les services des urgences). De plus, il existe des guides propres à un secteur donné, par exemple, pour la prise en charge des éclosions de virus respiratoires dans les foyers de soins de longue durée et d'autres types d'établissements en Ontario¹⁸.

Pour obtenir des renseignements sur la prise en charge des nouveaux virus émergents, consultez le document du CCPMI-PCI intitulé [Pratiques exemplaires de prévention, de surveillance et de contrôle des nouvelles infections respiratoires dans tous les milieux de soins](#)¹⁹. Pour des renseignements concernant la rougeole, consultez le document de Santé publique Ontario (SPO) intitulé [Rapport technique : Recommandations provisoires pour les PCI et le port d'ÉPI pour les soins aux personnes ayant la rougeole \(suspectée ou confirmée\)](#) et celui de l'Agence de la santé publique du Canada intitulé [Avis : Mise à jour des lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections de la rougeole dans les établissements de soins de santé](#)^{20,21}.

Les recommandations formulées dans ce document sont fondées sur des données probantes à jour concernant le mode de transmission des IAVR, des données sur l'efficacité des stratégies de prévention, des rapports d'enquête épidémiologique sur les éclosions d'IAVR, des lignes directrices professionnelles pour la prévention et le contrôle des IAVR et l'avis des experts. Comme nos connaissances sur les IAVR évoluent rapidement, ces recommandations de pratiques exemplaires doivent être interprétées en tenant compte du contexte local, des dernières constatations empiriques et en consultation avec les intervenants de la santé publique, de la prévention et du contrôle des infections (PCI) ainsi que de la santé et sécurité au travail (SST).

Contexte

Risques et conséquences des infections aiguës des voies respiratoires dans les établissements de soins de santé

Les infections aiguës des voies respiratoires (IAVR) causées par des virus comme celui de la grippe, le virus respiratoire syncytial (VRS) ou le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) se traduisent généralement par des infections des voies respiratoires supérieures, mais peuvent aussi entraîner une pneumonie virale. Les virus respiratoires sont une cause importante d'hospitalisation, d'absentéisme et de perte de productivité des travailleurs dans les établissements de soins de santé et ailleurs. Le VRS peut provoquer des infections graves chez les enfants de moins d'un an²⁰, et est la cause la plus fréquente de bronchiolite et de pneumonie virale dans cette cohorte d'âge²³. Il est également à l'origine de maladies graves et d'hospitalisations chez les personnes immunodéprimées, les gens âgés et d'autres personnes présentant des comorbidités importantes. La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) ainsi que la grippe ou la pneumonie extrahospitalière (PEH) restent les principales causes de décès dus aux maladies infectieuses au Canada^{27,28}. Bien que la PEH ne soit généralement pas considérée comme une IAVR et qu'elle résulte dans la plupart des cas d'une infection bactérienne, les IAVR peuvent augmenter le risque de PEH. De plus, les méthodes de diagnostic comme la réaction en chaîne de la polymérase (RCP) donnent à penser que les PEH d'origine virale ont peut-être été sous-estimées par le passé²⁹⁻³¹, et les virus respiratoires sont souvent associés à des bactéries comme *Streptococcus pneumoniae*^{32,33}. Les recommandations décrites dans ces pratiques exemplaires ne se limitent pas aux virus énumérés ci-dessus, mais s'appliquent aussi à tous les virus respiratoires susceptibles d'être transmis dans les établissements de soins de santé, comme le virus parainfluenza, les rhinovirus et entérovirus, le métapneumovirus humain ainsi que les coronavirus saisonniers.

Les éclosions de virus respiratoires associées aux soins de santé peuvent avoir un effet considérable sur les taux de morbidité et de mortalité, et perturber considérablement les soins prodigués aux patients/résidents/clients, par exemple en nuisant au déplacement des patients et aux ressources humaines. Les éclosions d'IAVR peuvent se produire et se sont déjà produites sur toute la gamme des soins donnés aux patients/résidents/clients, qu'il s'agisse de soins actifs, de soins continus ou de réadaptation complexes, ou bien des soins prodigués dans les établissements de soins de longue durée (SLD)³⁴⁻⁶⁷.

Les facteurs qui augmentent le risque de transmission des IAVR dans les établissements de soins de santé incluent :

- le nombre de personnes (par exemple, patients/résidents/clients, membres de la famille, bénévoles, visiteurs, travailleurs) qui vont et viennent dans ces établissements
- le nombre de personnes qui reçoivent des soins pour une IAVR, ou qui en développent une dans ces environnements
- la facilité avec laquelle les IAVR se transmettent d'une personne à l'autre^{68,69}

Les risques pour les travailleurs de la santé (TS) sont les plus élevés dans les situations où :

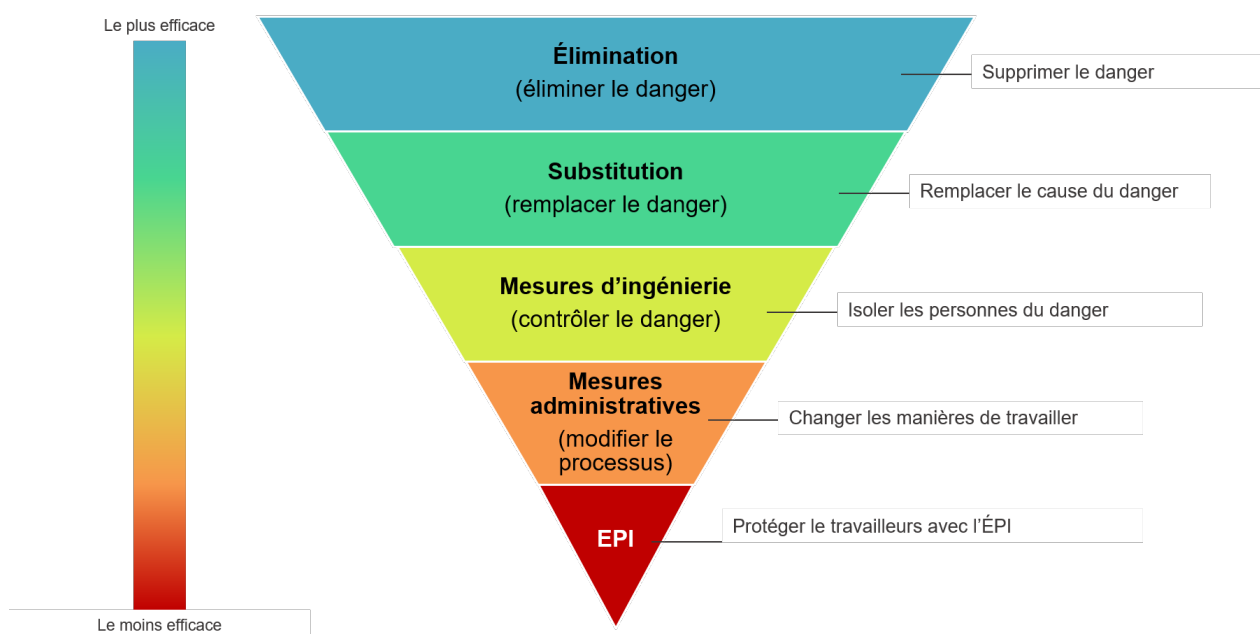
- des personnes non testées présentent pour la première fois des symptômes respiratoires (par exemple, dans les cabinets de médecin, les centres de santé communautaires/cliniques et les services d'urgence)
- des TS effectuent des interventions qui comportent un risque plus élevé de transmission par contact étroit, par exemple, les interventions médicales générant des aérosols (IMGA)

1. Mesures de contrôle environnemental

1.1 Hiérarchie des mesures de contrôle

L'application de la hiérarchie des mesures de contrôle des dangers est d'importance cruciale dans un cadre de SST et constitue une démarche reconnue de confinement et d'atténuation des dangers pour protéger les travailleurs, notamment contre les maladies infectieuses. La hiérarchie des mesures de contrôle comprend cinq niveaux classés en ordre croissant d'efficacité à prévenir la transmission (voir la [figure 1](#)). Bien que les équipements de protection individuelle (ÉPI) se situent au bas de la hiérarchie et ne suffisent pas à eux seuls à protéger les TS, il s'agit d'une mesure de contrôle active que les individus peuvent employer.

Figure 1. Hiérarchie des mesures de contrôle



Source de l'image : National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *About hierarchy of controls*, Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention, 2024. Disponible à : https://www.cdc.gov/niosh/hierarchy-of-controls/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html.

L'application de la hiérarchie des mesures de contrôle nécessite une approche multidisciplinaire qui implique, sans s'y limiter, le soutien du personnel de prévention et contrôle des infections (PCI), des intervenants de la santé et de sécurité au travail (SST) et des ingénieurs des bâtiments de l'établissement de soins de santé, afin de procéder à une évaluation complète qui permettra la mise en œuvre de mesures de réduction du risque d'exposition des TS à des agents pathogènes. L'application de la

hiérarchie des mesures de contrôle permet ainsi de réduire le risque de transmission d'infections aux patients/résidents/clients, aux TS et aux autres membres du personnel et aux visiteurs, et ce, dans tous les environnements où des soins de santé sont dispensés. De même, la compréhension des points forts et des limites de chacune des mesures de contrôle permet aux établissements de soins de santé de déterminer dans quelle mesure l'environnement des soins de santé (comme les infrastructures, les équipements, les processus et les pratiques) augmente ou diminue le risque d'infection.

1.2 Évaluation du risque organisationnel

Une évaluation du risque organisationnel (ÉRO) permet d'identifier et d'évaluer les risques d'infection sur un lieu de travail, et aide à orienter les efforts d'atténuation de ces risques par l'application des composantes de la hiérarchie des mesures de contrôle. Il s'agit là d'une pratique recommandée qui est au cœur de la préparation et de la planification de toute organisation de soins de santé soucieuse de prévenir la transmission des IAVR. Une ÉRO est une approche systématique permettant de cerner les zones à risque d'infection au sein de l'établissement de santé et à évaluer l'efficacité des mesures de contrôle mises en place pour minimiser le risque d'exposition aux micro-organismes et de leur transmission. Idéalement, les ÉRO sont appliquées de façon proactive sur une base régulière (par exemple, une fois l'an) et sont réévaluées lorsque la situation le justifie, notamment en cas de menace d'une maladie infectieuse spécifique (par exemple, un agent pathogène pandémique ou la recrudescence saisonnière d'une infection virale respiratoire), selon le cadre relatif au risque de transmission (voir la [section 1.3](#)¹³).

À la suite d'une ÉRO, l'organisation devrait avoir une meilleure compréhension des risques de transmission d'infections et être à même de juger si les mesures d'atténuation sont suffisantes, ou si au contraire des mesures de contrôle supplémentaires sont requises. Une organisation peut ajuster les mesures de contrôle actuellement en place ou celles spécifiées dans son plan de préparation pour la saison des infections respiratoires ou lorsqu'il y a menace de maladie infectieuse. Avant de mettre en place ou de retirer une mesure de contrôle, il importe de tenir compte non seulement des avantages potentiels, mais aussi des problèmes associés qui pourraient résulter des changements. Voici quelques exemples de mesures de contrôle selon leur niveau dans la hiérarchie des mesures de contrôle :

- Les mesures de contrôle d'élimination et de substitution incluent le statut vaccinal, la possibilité d'atteindre l'immunité stérilisante du personnel au sein de l'organisation (c'est-à-dire l'immunité qui empêche le virus d'infecter l'hôte et de se répliquer), faire en sorte que les TS restent chez eux lorsqu'ils sont malades, et le report des rendez-vous non urgents pour les patients qui présentent des signes et des symptômes infectieux.
- Les mesures de contrôle technique et de système comprennent l'entretien et la maintenance des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation (CVC), les barrières physiques, le réaménagement des aires de travail pour faciliter la distanciation physique, l'accès à des distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool aux points de service et le contrôle des points d'entrée et de sortie.
- Les mesures administratives comprennent les politiques et procédures relatives au dépistage, l'utilisation de chambres individuelles et de chambres d'isolement pour personnes porteuses d'une infection transmissible par voie aérienne, la surveillance de l'épidémiologie locale ainsi que les politiques d'hygiène au travail, l'éducation, la formation et la signalisation par affichage.

- Le choix et l'utilisation appropriés des ÉPI, incluant l'utilisation d'une évaluation des risques aux points de service (ÉRPS).

Les établissements ont la responsabilité de sensibiliser et d'entraîner les TS sur l'ÉRO de l'établissement tout en impliquant les comités mixtes sur la santé et la sécurité (CMSS) ou les délégués à la SST, le cas échéant⁷¹. Les établissements sont tenus de mettre en place des politiques et des procédures et d'assurer la formation des TS sur les facteurs organisationnels susceptibles d'influer sur le choix et l'utilisation des ÉPI selon le secteur concerné [Règl. de l'Ont. 67/93 : Établissements d'hébergement et de soins de santé \(ontario.ca\)](#), pris en application de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et [Règl. de l'Ont. 246/22 : Dispositions générales \(ontario.ca\)](#), pris en application de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*^{72,73}.

1.3 Cadre des risques de transmission

Le risque de transmission des IAVR dans les établissements de santé dépend en grande partie de l'incidence des virus respiratoires dans la communauté et par conséquent de la probabilité de leur introduction dans le système. Le risque de transmission des IAVR dans les établissements de santé suit un cycle saisonnier et augmente généralement en automne et en hiver, alors que les gens ont tendance à passer plus de temps à l'intérieur. Bien que les maxima varient selon le pathogène viral, l'activité des IAVR repart habituellement à la hausse à la fin du mois de septembre, pour atteindre des valeurs maximales en décembre-février pour diminuer ensuite graduellement jusqu'en avril-mai.

L'encadrement des risques de transmission permet de renforcer ou de réduire les mesures de PCI et les autres mesures en fonction du risque de transmission en un lieu et à un moment donné, et peut servir à documenter et à développer un plan d'organisation. La mise en œuvre en temps opportun d'interventions à plusieurs niveaux hiérarchiques de contrôle est un facteur critique pour la protection des patients/résidents/clients et le personnel, la prévention des infections nosocomiales (infections associées aux soins de santé) et la réduction de la pression sur le personnel soignant et les autres ressources. Le cadre des risques de transmission présenté ci-dessous ([Tableau 1](#)) comprend deux paliers de périodes de risque (risque élevé et non élevé) fondés sur les facteurs suivants, qui déterminent la nécessité d'adapter les mesures de PCI :

- Incidence des virus respiratoires en circulation dans la communauté.
- Immunité (immunisation et correspondance vaccinale et/ou infection naturelle) des TS, des patients/résidents/clients et des visiteurs contre les virus respiratoires en circulation.
- Gravité de la maladie causée par les virus respiratoires en circulation.

Les indicateurs clés à prendre en compte pour déterminer l'incidence dans la communauté incluent le taux de positivité au test et les tendances de contamination des eaux usées (si disponibles). Des indicateurs comme l'augmentation du nombre d'hospitalisations, les taux d'infections nosocomiales et les épidémies, le taux de positivité du personnel (lorsque des tests sont disponibles) et l'absentéisme du personnel dans les établissements de soins peuvent également être considérés comme des mesures substitutives de l'incidence communautaire.

Tableau 1. Cadre des périodes à risque de transmission

Indicateur	Période de risque élevé	Période de risque non élevé
Éclosions de virus respiratoires dans des établissements de soins de santé	Fréquente et en cours	Occasionnelles ou de base
Hospitalisations et admissions aux unités de soins intensifs *	Élevée, ou modérée et en augmentation	Faible ou stable et ne progressant pas
Transmission communautaire **	Élevée, ou modérée et en augmentation	Faible, ou stable et ne progressant pas

*Secondaire à l’IAVR. Peut inclure le contexte local ou provincial selon l’organisation. Les indicateurs à envisager pour évaluer la gravité de la maladie sont le nombre de cas d’hospitalisations ou le nombre hebdomadaire d’hospitalisations pour 100 000 habitants de la communauté.

**Les indicateurs à prendre en compte pour évaluer la transmission communautaire sont les suivants :

- Taux de positivité au test
- Mesures relatives au personnel, notamment les taux de positivité et/ou d’absentéisme
- Tendances observées en matière de contamination des eaux usées, si disponibles

L’évolution de ces facteurs doit être soutenue ou l’on doit prévoir qu’elle se maintienne pendant plusieurs semaines avant de procéder à des ajustements majeurs des mesures et politiques en PCI, car des ajustements fréquents compliquent la mise en œuvre. Les modifications apportées aux mesures de PCI devraient également prendre en compte les implications éthiques qui pourraient en résulter⁷⁴.

1.4 Politiques de santé au travail et vaccination des travailleurs de la santé

Le fait de travailler avec des patients/résidents/clients tout en étant atteint d’une IAVR peut entraîner une transmission et peut déclencher et prolonger des épidémies d’IAVR. Par conséquent, la collaboration entre les programmes de PCI et de SST est nécessaire pour réduire le risque de transmission d’une IAVR nosocomiale chez les patients/résidents/clients et les TS⁷⁵.

Les politiques de gestion de l’assiduité au travail doivent préciser quand les TS doivent rester à la maison ou quitter le travail en cas de symptômes d’IAVR. Il est important de permettre aux TS de respecter la politique de l’organisation en leur offrant des mesures de soutien telles qu’une rémunération pendant un congé de maladie de courte durée pour celles et ceux qui travaillent à temps partiel. Les gestionnaires ou les superviseurs qui soupçonnent qu’un membre du personnel présent au travail d’avoir une IAVR doivent orienter celui-ci au service de SST, ou en cas de doute le renvoyer chez lui.

En règle générale, les TS devraient rester à la maison lorsqu’ils sont atteints d’une IAVR soupçonnée ou confirmée, et ne reprendre le travail uniquement lorsque :

- La fièvre a cessé.
- Les symptômes ont disparu ou se sont améliorés au cours des 24 dernières heures.
- Les symptômes gastro-intestinaux, comme les nausées ou les vomissements, la diarrhée et les douleurs d’estomac, ont cessé depuis au moins 48 heures.

Des tests d’étiologie et d’élimination ne sont pas requis.

Des symptômes persistants, mais légers, de toux, de congestion légère ou l'utilisation d'inhalateurs ne sont pas toujours le signe d'un statut contagieux. Si le TS retourne au travail avant le dixième jour suivant l'apparition des symptômes, en constatant l'amélioration des symptômes et dans le respect des politiques de retour au travail, celui-ci doit porter un masque à son retour au travail jusqu'au dixième jour suivant l'apparition des symptômes ou jusqu'à la résolution complète des symptômes (selon la première de ces éventualités). Les autres mesures à envisager incluent de prendre ses pauses seul lorsqu'on n'est pas masqué et/ou de garder une distance d'au moins deux mètres, ainsi que d'éviter le covoiturage.

1.4.1 Immunisation des travailleurs de la santé

L'immunisation contre les maladies évitables par la vaccination fait partie intégrante d'un programme de SST dans le secteur des soins de santé. La vaccination contribue à protéger la santé des TS, et indirectement celle des patients/résidents/clients. Des vaccins contre plusieurs IAVR d'origine virale sont disponibles, notamment la grippe et la COVID-19, ainsi que la coqueluche qui est une infection bactérienne des voies respiratoires. Le statut vaccinal doit être à jour afin de protéger de façon optimale les TS contre les risques d'infection dans la communauté et au travail. Les vaccinations peuvent non seulement réduire l'absentéisme des TS, mais il a été établi que la vaccination des TS contre la grippe réduisait aussi la mortalité et la morbidité des patients dont ils prennent soin⁷⁶⁻⁸⁰.

Tous les établissements de santé sont tenus de mettre en place des politiques d'immunisation du personnel soignant conformément aux protocoles de lutte contre les maladies infectieuses du ministère de la Santé de l'Ontario et aux recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada^{81,82}. Ces politiques doivent établir des normes claires de soins optimaux et décrire les mesures à prendre pour protéger les patients/résidents/clients et les TS, de même que documenter le statut vaccinal de chaque personne. De plus, les organisations doivent adopter des programmes de vaccination complets (par exemple, en créant leurs propres politiques et procédures) qui facilitent la vaccination des TS conformément aux directives provinciales les plus récentes et aux exigences légales ou, en l'absence de directives provinciales de la part des groupes consultatifs d'experts comme le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)^{72,80,83-85}.

La coqueluche est une maladie évitable par la vaccination. Toutefois, une vaccination antérieure contre la coqueluche ou des antécédents d'infection naturelle par la coqueluche n'assurent pas une immunité à vie. Il n'existe pas d'analyse des anticorps de routine qui permette de déterminer le statut immunitaire d'une personne contre la coqueluche. Une dose de rappel pour adulte du vaccin combiné tétanos/diphtérie/coqueluche acellulaire (dcaT) est recommandée et doit être administrée à un TS avant ou dès que possible après son embauche, ainsi qu'aux résidents des établissements de soins de longue durée^{86,87}.

Pour des informations plus détaillées sur les exigences en matière de vaccination contre la grippe pour les TS, voir :

- Les [Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario](#)⁷⁵ du CCPMI-PCI

Pour plus d'information sur la vaccination, voir :

- Ministère de la santé : [Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation | Protocole concernant les maladies infectieuses, Annexe 1 : Définitions de cas et information propre à chaque maladie](#)⁸¹

- Agence de santé publique du Canada : [Immunisation des travailleurs : Guide canadien d'immunisation](#)⁸²

1.5 Placement des patients/résidents atteints d'infection aiguë des voies respiratoires

1.5.1 Chambres individuelles

Le risque de transmission d'une infection est plus élevé lorsque plusieurs patients/résidents partagent une même chambre⁸⁸⁻⁹³, car ceux-ci passent beaucoup de temps ensemble, respirent le même air, touchent les mêmes surfaces, sont souvent à proximité les uns des autres et partagent la même salle de bain. Ils sont aussi exposés aux visiteurs de leurs compagnons de chambre. Des chambres individuelles avec toilette privée sont à privilégier^{3,13,94,95}.

Dans la mesure du possible, les patients/résidents qui toussent ou ont d'autres symptômes d'une IAVR devraient être placés dans une chambre individuelle munie d'une toilette privée. Si aucune chambre n'est disponible, il est recommandé d'attribuer une toilette et un lavabo distinct à chaque patient/résident. Tout autre matériel d'usage pour le patient/résident devrait aussi lui être réservé, dans la mesure du possible¹. Pour obtenir des renseignements sur le regroupement des patients/résidents en cohorte et les précautions supplémentaires à prendre au chevet des patients, consultez les sites [sections 1.5.2](#) et [1.5.3](#), respectivement.

Le placement dans une chambre individuelle avec toilette privée et équipement dédié des patients/résidents chez qui une IAVR est soupçonnée ou a été confirmée fait partie des meilleures pratiques cliniques et devrait être appliqué par défaut.

Dans les établissements de santé qui ne disposent pas d'un nombre suffisant de chambres individuelles pour accueillir tous les patients/résidents atteints d'une IAVR, il convient d'établir un cadre de priorisation clair pour l'hébergement des patients/résidents, conformément à la section Précautions supplémentaires, afin de réduire le risque de transmission à d'autres personnes. Les patients/résidents atteints d'une IAVR dans les catégories suivantes devraient bénéficier en priorité d'une chambre individuelle :

- Patients/résidents avec une infection virale respiratoire soupçonnée ou confirmée, et dont l'infectivité et/ou la virulence sont indéterminées ou avérées (par exemple, grippe aviaire, variants préoccupants de la COVID-19 à forte transmissibilité, à virulence et/ou à immunité croisée limitée, et autres virus respiratoires présentant un potentiel pandémique)¹⁹.
- Patients/résidents à haut risque comme les patients/résidents immunodéprimés, ainsi que les patients/résidents présentant des problèmes médicaux ou comportementaux susceptibles d'augmenter le risque de transmission [par exemple, patients/résidents incapables de rester dans leur chambre; patients/résidents présentant une toux excessive et des expectorations; patients/résidents soumis à des IMGA en cours, comme la ventilation en pression positive

continue (VPPC) ou la ventilation en pression positive à deux niveaux (BiPAP)], qui accentuent le potentiel de dissémination environnementale des agents infectieux.

- Les patients/résidents coinfectés par deux virus respiratoires distincts ou plus devraient être soignés dans des chambres individuelles, bien que la constitution de cohortes puisse être envisagée au cas par cas avec l'approbation de la PCI et compte tenu de la population de patients/résidents et des virus concernés.

1.5.2 Regroupement des patients/résidents en cohorte

Le regroupement des patients en cohorte peut être envisagé lorsqu'il n'y a pas de chambres individuelles disponibles ou en cas d'éclosion. La pratique des cohortes de patients/résidents désigne :

- le placement et les soins de personnes contaminées ou infectées (ou coinfectées) par le ou les mêmes micro-organismes dans la même pièce ou le même espace;
- et/ou
- le placement de patients/résidents atteints d'une IAVR active avec des patients/résidents qui se sont récemment rétablis (par exemple, depuis moins de deux mois) d'une infection par le même agent pathogène.

La décision de constituer une cohorte doit être prise en consultation avec la PCI. ¹ Il est déconseillé de former des cohortes de patients/résidents soupçonnés d'être atteints d'une IAVR ou de mélanger des patients/résidents dont l'infection est soupçonnée ou confirmée, tant que l'agent ou les agents pathogènes n'ont pas été identifiés chez tous les patients/résidents⁹⁶⁻⁹⁸. La même recommandation s'applique pour les patients/résidents (soupçonnés d'être) infectés par des sous-types, des variants ou des souches d'un agent pathogène respiratoire ne présentant pas une immunité croisée bien fiable (par exemple, la grippe A et la grippe B). Le placement dans la même chambre de patients/résidents ayant été exposés au même virus ne doit être envisagé qu'en consultation avec le service de PCI. Lors de la constitution d'une cohorte, la gravité de l'exposition de chaque patient/résident doit être évaluée et prise en compte afin de minimiser les risques de transmission.

Les pratiques de base et les précautions supplémentaires doivent être appliquées individuellement à chaque patient/résident de la cohorte¹. Les établissements de santé doivent s'assurer que toutes les mesures de PCI sont optimisées lors de la constitution de la cohorte afin de réduire et de limiter le risque d'exposition aux agents infectieux au sein de l'établissement. Ces mesures incluent les suivantes :

- Idéalement, une distance d'au moins deux mètres doit être maintenue entre tous les patients/résidents d'une chambre commune, en veillant à ce qu'une barrière (par exemple, un rideau) soit présente¹.
- Le matériel de soins doit être dédié à chaque patient/résident ou nettoyé/désinfecté entre chaque utilisation¹.
- Un masque et une protection oculaire doivent être portés par le personnel pour les soins aux patients/résidents, et doivent dans la plupart des cas être remplacés entre chaque patient/résident¹. Il n'est pas nécessaire de changer de masque et de protection oculaire a) si l'on s'occupe de plusieurs patients au sein de la même cohorte, ou b) si les masques sont utilisés

en continu¹. Dans les deux cas, les masques et les protections oculaires doivent être jetés s'ils sont visiblement souillés, humides ou endommagés.

- Une blouse et des gants doivent être portés pour les soins aux patients/résidents et remplacés entre les patients/résidents d'une même cohorte¹.
- Une bonne hygiène des mains doit être respectée après le retrait des gants et avant d'en mettre de nouveaux lors des soins prodigués à un autre patient/résident dans la même chambre, ainsi qu'à tout autre moment approprié lors des soins prodigués aux patients/résidents⁴.
- Les prestataires de soins et les visiteurs doivent se conformer à toutes les précautions supplémentaires nécessaires.

Des précautions supplémentaires doivent être appliquées individuellement à chaque patient/résident et les gants et blouses doivent être remplacés entre chaque patient/résident d'une même cohorte¹.

L'écran facial doit être remplacé sauf a) en cas de rencontres multiples avec des patients/résidents de la même cohorte dans la même pièce, ou b) lorsque les masques sont portés en continu¹.

1.5.3 Précautions supplémentaires au chevet du patient

Une fois les possibilités de chambres individuelles et de cohortes épuisées, il peut s'avérer nécessaire de placer les patients/résidents atteints d'une IAVR soupçonnée ou confirmée dans la même chambre que les patients/résidents qui ne nécessitent pas de précautions supplémentaires. Cette pratique devrait en général être évitée dans les cas où l'une ou l'autre des personnes qui partagent la chambre avec le patient atteint d'une IAVR est vulnérable aux infections en raison d'une immunodépression, d'une absence de vaccination (si applicable), ou d'une comorbidité à risque élevé. Il est plus prudent d'appliquer des précautions supplémentaires si le patient atteint d'une IAVR est dans la dernière phase de la période d'infektivité, alors que les risques de transmission sont moindres¹⁰⁰. De plus, la priorité d'accès aux chambres individuelles ou à la formation d'une cohorte associée à un même agent

¹ En raison du risque potentiel de transmission des pathogènes viraux par les vecteurs passifs, notamment les protections faciales contaminées, le retrait des protections faciales après contact avec chaque patient/résident dans le cadre des précautions supplémentaires pour les IRA demeure nécessaire dans la plupart des cas. La pratique du port du masque et d'équipement de protection oculaire pendant toute la période de travail d'un TS ou lors d'une visite dans un établissement de santé a été introduite pendant la pandémie de COVID-19. Avant ce changement de pratique, les meilleures pratiques de la PCI imposaient aux membres du personnel de retirer leur masque et leur protection oculaire après chaque contact avec un patient/résident atteint d'une IRA active ou soupçonnée. Toutefois, avec l'imposition du port permanent du masque (et d'une protection oculaire), l'obligation de retirer la protection faciale après le contact avec chaque patient/résident a largement été abolie, sans qu'aucune augmentation du risque de transmission n'ait été constatée, à condition que l'hygiène des mains soit rigoureusement respectée⁹⁹. Par conséquent, lorsque la protection faciale doit être portée en permanence dans un établissement de soins, il est raisonnable de ne pas remplacer le masque et la protection oculaire entre chaque patient/résident dans le cadre des précautions supplémentaires pour les IRA. De plus, lorsqu'une cohorte de patients est soignée dans la même chambre, il est également permis de se dispenser de cette exigence. Dans ces situations, le risque global peut plaider en faveur du non-remplacement de la protection faciale après chaque interaction, si l'on compare le risque d'autocontamination répétée à celui de porter une protection faciale contaminée lors du contact avec d'autres patients/résidents.

pathogène devrait être accordée pour les agents infectieux les plus pertinents du point de vue de la propagation nosocomiale et des effets sur la santé des patients/résidents, comme le virus de la grippe, le VRS et SRAS-CoV-2.

Dans ce cas, le patient atteint d'une IAVR doit être clairement identifié comme nécessitant des précautions supplémentaires à son chevet, et une signalisation doit clairement indiquer les mesures appropriées à appliquer lorsque l'on entre dans la zone de la chambre attribuée au patient¹. Le rideau d'intimité doit être tiré pour marquer la séparation entre les lits des patients. Les précautions supplémentaires suivantes devraient être prises afin de prévenir la transmission de l'infection :

- S'assurer que le patient atteint d'une IAVR, ses visiteurs et les prestataires des soins essentiels sont en mesure de respecter en tout temps les précautions supplémentaires requises¹³.
- Informer les patients/résidents du risque de transmission d'infections.
- S'assurer que tous les occupants de la chambre et les visiteurs savent qu'ils doivent se laver fréquemment les mains et rester autant que possible dans la zone de la chambre qui leur est assignée.
- Éviter de partager des objets communs. Dans la mesure du possible, assigner l'équipement à chaque patient/résident ou le nettoyer et le désinfecter entre chaque utilisation.
- Éviter le partage des toilettes en mettant une chaise percée à la disposition du patient/résident qui requiert des précautions supplémentaires contre les IAVR ou des patients/résidents qui n'en nécessitent pas.

1.5.4 Considérations relatives aux établissements de soins de longue durée

Dans les établissements de soins de longue durée (SLD), une évaluation des risques doit être effectuée au cas par cas, en consultation avec le service de PCI, car les mesures prises doivent tenir compte du risque de transmission en cours ainsi que du risque de déplacement des résidents hors de leur environnement habituel.

Dans la plupart des cas, pour les résidents symptomatiques, exposés ou atteints d'une IAVR, la stratégie à privilégier pour minimiser le risque de transmission au voisin de chambre consiste à séparer sans délai les résidents, dans la mesure où des chambres individuelles sont disponibles. Il est primordial que les établissements de SLD disposent d'un plan et d'une procédure facilitant les transferts de lits des résidents si nécessaire, notamment par les moyens suivants :

- Prévoir une zone destinée à isoler les résidents soupçonnés d'être atteints d'une IAVR. Par exemple : Par exemple :
 - Utiliser les lits/chambres de relève et de soins palliatifs.
 - Utiliser d'autres pièces pour assurer l'isolement des résidents concernés, selon les besoins.
 - Prévoir des logements alternatifs permettant de maintenir une distance physique de deux mètres, avec un aménagement approprié pour les résidents de la chambre.
- Le transfert vers une unité de soins intensifs doit uniquement être effectué pour des raisons cliniques ou si une chambre d'isolement pour les infections transmissibles par voies aériennes est nécessaire.

Dans certains cas, il peut être considéré que le déplacement du résident ne réduira probablement pas le risque de manière significative, par exemple lorsque le ou les colocataires ont déjà été exposés pendant un temps prolongé. Il peut également être jugé que le déplacement d'un résident comporte d'autres risques cliniques et de sécurité. Par ailleurs, les résidents exposés ne doivent pas être placés dans une chambre avec un autre résident non exposé, car cela augmenterait le risque de transmission. Dans ces situations délicates, des stratégies de mise en cohorte ou d'isolement du résident dans son espace de chambre peuvent être utilisées, après consultation auprès du service de PCI.

1.5.5 Facteurs à envisager pour les centres de dialyse

Lorsqu'il n'est pas possible d'isoler les patients atteints d'une IAVR dans une pièce séparée, ceux qui présentent le même virus respiratoire peuvent être regroupés dans une unité spécifique bien ventilée. Une distance d'au moins deux mètres doit être maintenue entre tous les patients d'une pièce commune et/ou en s'assurant de la présence d'une barrière (par exemple, un rideau)³. Veillez à un meilleur nettoyage de l'environnement pour réduire la transmission de l'infection. Si les patients qui toussent le tolèrent, ils devraient porter un masque pour limiter la dissémination des sécrétions respiratoires et des particules infectieuses.

1.5.6 Facteurs à envisager pour les établissements de soins dentaires

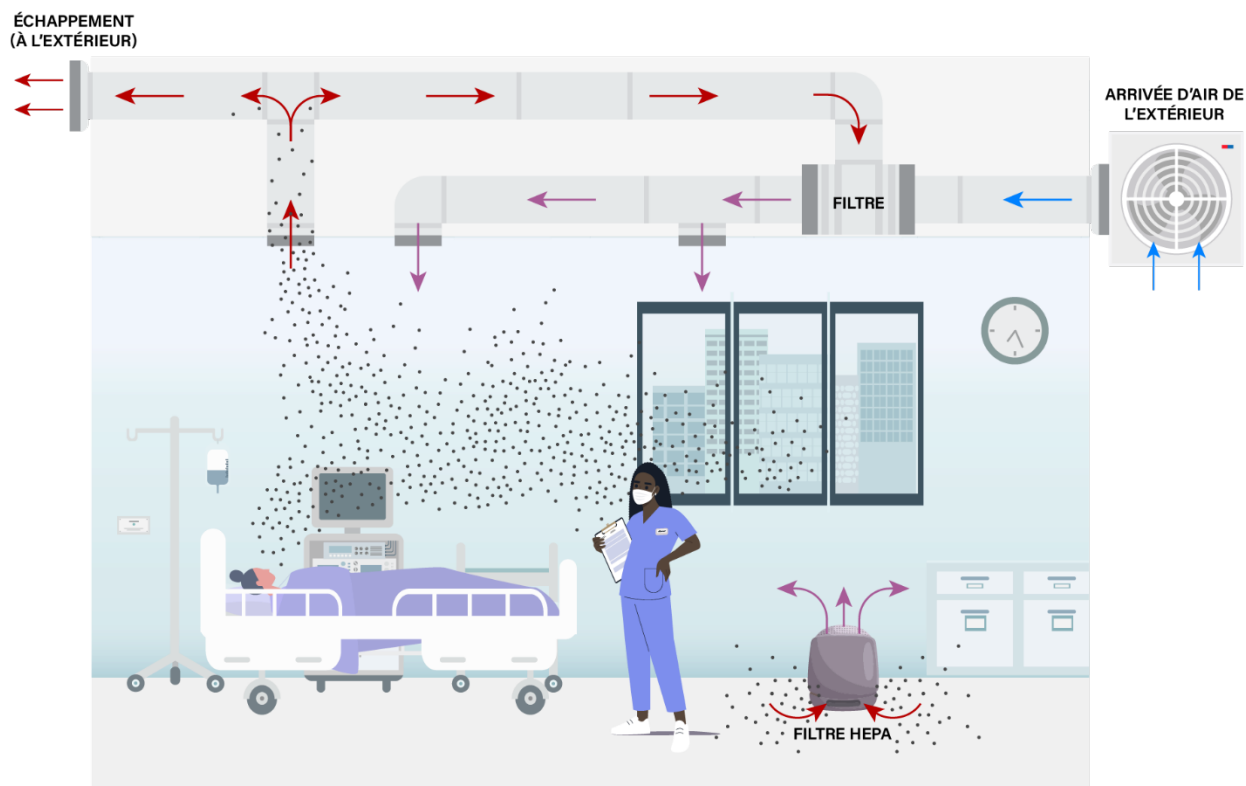
Les rendez-vous des clients atteints d'une IAVR doivent être reportés jusqu'à ce qu'ils ne soient plus contagieux. Pour les interventions facultatives, consultez la [section 2.4 Pratiques de base pour les interventions présentant un plus grand risque de transmission - Interventions médicales générant des aérosols](#).

1.6 Ventilation

Les mesures techniques sont des moyens physiques ou mécaniques déployés pour réduire le risque d'infection pour le personnel ou les patients/résidents/clients. Lorsque les risques d'infection ne peuvent pas être éliminés ou substitués, les mesures techniques représentent le deuxième choix pour atténuer le risque, car elles ont l'avantage d'être intégrées à l'infrastructure de l'établissement et de ne pas dépendre de l'application correcte et systématique des moyens de PCI par les individus^{1,13}.

La ventilation permet de contrôler les niveaux de contaminants dans l'air, l'humidité et la température à l'intérieur d'un espace. La ventilation naturelle peut être créée par des moyens mécaniques (par exemple, les fenêtres dans les établissements de SLD et autres établissements similaires, les portes) et par des infiltrations passives (par exemple, les courants d'air provenant de fissures non scellées autour des fenêtres et dans les murs)⁹⁰. La ventilation mécanique est le processus actif d'apport et/ou d'extraction d'air d'un espace intérieur au moyen d'équipements entraînés comme des ventilateurs et des souffleries. Les exemples incluent les systèmes de CVC et les ventilateurs à extraction locale (par exemple, salle de bain, cuisinière)¹⁰¹. Ces deux types de dispositifs peuvent être utilisés pour améliorer la ventilation. La [figure 2](#) illustre un système de conditionnement de l'air dans lequel l'air extérieur est poussé dans des conduits et à travers un filtre avant d'être introduit dans la pièce. Ce faisant, les particules de la pièce sont entraînées dans les conduits d'évacuation, ce qui permet leur expulsion à l'extérieur ou leur recirculation dans la pièce par le même filtre que celui utilisé pour l'admission d'air extérieur. De plus, un filtre à particules à haute efficacité (HEPA) portable est représenté, ainsi qu'une fenêtre. Cette dernière doit être fermée dans le cas des soins intensifs, mais des fenêtres peuvent être ouvertes pour améliorer la circulation de l'air dans d'autres contextes.

Figure 2. Diagramme du système de traitement de l'air



1.6.1 Rôle clé de la ventilation dans la prévention des infections aiguës des voies respiratoires dans les établissements de santé

Une ventilation inadéquate ou insuffisante est reconnue comme un facteur de risque pour les éclosions hors établissements de santé pendant la pandémie de COVID-19¹⁰¹. Des systèmes de ventilation et de filtration bien conçus et placés stratégiquement peuvent réduire l'exposition des occupants aux particules respiratoires infectieuses (PRI) en évacuant l'air de l'intérieur vers l'extérieur, en recirculant l'air intérieur filtré et en diluant l'air intérieur par l'apport d'air frais de l'extérieur^{1,13,101,102}. Des systèmes de ventilation efficaces peuvent servir d'appoint à d'autres mesures de PCI en réduisant la transmission potentielle des IAVR sur de longues distances¹⁰², même s'il est peu probable que la ventilation seule empêche la transmission des IAVR qui se transmettent sur de courtes distances et par des vecteurs passifs.

1.6.2 Installation et entretien des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation

Un système de CVC comprend les équipements, les systèmes de distribution et les points de sortie qui assurent, collectivement ou individuellement, le chauffage, la ventilation ou la climatisation d'un bâtiment ou d'une partie d'un bâtiment¹⁰³. La plupart des systèmes de CVC intègrent les processus de filtration de l'air, de recirculation de l'air intérieur, d'apport de l'air extérieur et d'évacuation dans des proportions variables¹⁰¹. Pour des performances optimales, les systèmes de CVC doivent être conçus, construits, installés, exploités et entretenus conformément aux recommandations techniques de l'établissement, aux instructions d'utilisation du fabricant et aux réglementations et normes

applicables^{13,95,104,105}. Les professionnels en CVC doivent être consultés pour s'assurer que le système est adapté au type d'environnement, à la nature des activités qui s'y déroulent, au taux d'occupation et à la période opérationnelle¹⁰⁶. Dans la mesure du possible, le service de PCI et les services de SST devraient collaborer avec les ingénieurs de l'établissement et les experts en CVC afin d'optimiser le système et de veiller à ce que ses performances soient conformes aux normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA). De plus, il est nécessaire de procéder à un entretien régulier du système de CVC, notamment en changeant les filtres conformément aux recommandations du fabricant et en veillant à ce que toutes les bouches d'aération et tous les ventilateurs restent dégagés. L'article 19 du Règlement de l'Ontario 67/93 sur les établissements d'hébergement et de soins de santé pris en application de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* stipule que le système de ventilation mécanique des établissements de santé doit être inspecté par un professionnel qualifié tous les six mois, afin de s'assurer de son bon état (le cas échéant)⁷². Toutes les pièces de l'unité de traitement de l'air doivent être facilement accessibles pour l'inspection, le nettoyage et la désinfection⁹⁵. Il convient par ailleurs d'établir des procédures opérationnelles normalisées, des consignes et des responsabilités claires en matière de maintenance préventive, ainsi que de documenter les mesures de contrôle.

Pour de plus amples renseignements sur les recommandations relatives aux systèmes de CVC et aux échanges d'air dans les établissements de santé, voir :

- Groupe CSA. CSA Z317.2:19 *Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de soins de santé : exigences particulières*¹⁰⁴.
- ANSI/ASHRAE/ASHE Standard 170, *Ventilation of Health Care Facilities*¹⁰⁷.

1.6.3 Amélioration de la ventilation

Les stratégies visant à réduire les concentrations de PRI devraient en principe permettre de réduire le risque de transmission^{108,109}. Toutefois, ces stratégies reposent principalement sur des modèles de circulation de l'air, et les données concrètes actuellement disponibles n'ont pas permis de définir des exigences minimales spécifiques en matière de ventilation pour réduire la transmission des virus respiratoires¹¹⁰. De plus, le nombre minimum de PRI inhalées susceptibles de provoquer une infection est difficile à déterminer et le risque de transmission peut dépendre de facteurs de risque individuels (par exemple, les personnes immunodéprimées) et/ou du pathogène considéré. En raison de ces difficultés, il n'existe pas de données probantes de qualité permettant de définir les stratégies de ventilation optimales et les plus efficaces pour réduire la transmission des virus respiratoires dans les établissements de soins de santé. La ventilation peut être améliorée en augmentant l'apport d'air extérieur de façon à réduire la concentration intérieure en PRI, en évacuant l'air intérieur et en filtrant l'air intérieur recirculé pour en éliminer les particules¹⁰¹. Les établissements de santé devraient consulter un professionnel en CVC pour optimiser l'efficacité et la sécurité du système existant¹⁰⁶. Le réglage manuel des débits d'air dans les systèmes d'alimentation, de reprise ou d'évacuation doit uniquement être effectué par des techniciens qualifiés, après consultation d'un ingénieur, afin de s'assurer que les flux d'air et les différences de pression ne sont pas compromis⁹⁵.

Certains milieux comme les établissements de SLD, les services médicaux d'urgence (SMU) et les soins de santé à domicile peuvent recourir à la ventilation naturelle (par exemple, en ouvrant les portes ou les fenêtres opposées pour créer une brise transversale, dans la mesure où le climat extérieur et la qualité de l'air le permettent) pour aider à disperser les PRI^{13,101,102}. La ventilation naturelle est particulièrement utile lorsque le partage du même espace avec une personne atteinte d'une IAVR ne peut être évité¹³. Un professionnel du CVC devrait être consulté pour s'assurer que l'introduction d'une ventilation naturelle

ne compromet pas la direction du flux d'air, l'efficacité du système de CVC de l'établissement de soins de santé ou le niveau d'humidité à l'intérieur¹⁰². L'ouverture des fenêtres et/ou des portes permet à l'air non filtré de pénétrer dans le bâtiment. Les établissements de soins de santé doivent s'assurer que l'ouverture des portes ou des fenêtres ne constitue pas en soi un risque pour la sécurité des occupants. L'utilisation de la ventilation naturelle dépend par ailleurs des conditions météorologiques et de la saison. Dans le cadre des soins à domicile, l'utilisation de ventilateurs d'extraction à faible vitesse dans la cuisine ou la salle de bains, qui donnent sur l'extérieur, peut également contribuer à éliminer l'air contaminé sans créer de changements de pression notables¹⁰⁶. De la même manière, on peut envisager de faire fonctionner le ventilateur du système de CVC en mode continu pour augmenter l'apport d'air pur et ainsi chasser les PRI intérieures.

Le dioxyde de carbone (CO₂) est émis par les humains et augmente en absence de ventilation appropriée dans les espaces fermés où des personnes sont présentes. Les niveaux de CO₂ dépendent donc du taux d'occupation, mais aussi d'autres activités intérieures produisant ce gaz, comme la cuisine ou le chauffage, et peuvent être utilisés comme un indicateur général de qualité de ventilation. Il est important de souligner que le niveau de CO₂ n'est pas un indicateur direct du risque de transmission d'une IAVR. Par conséquent, il n'existe pas de seuils de CO₂ reconnus comme indiquant un risque accru de transmission de virus respiratoires, et aucune recommandation spécifique ne peut actuellement être proposée pour un niveau cible de CO₂ ou pour la surveillance systématique du dioxyde de carbone à l'intérieur des établissements de soins de santé.

1.6.3.1 Irradiation germicide aux ultraviolets

L'irradiation germicide aux ultraviolets (IGUV) est une mesure supplémentaire visant à désinfecter l'air en réduisant potentiellement les PRI par l'utilisation du rayonnement ultraviolet C (UV-C, de longueur d'onde comprise entre 100 et 280 nm)¹¹¹.

Les facteurs qui affectent l'efficacité des systèmes IGUV incluent les suivants :

- La dose de rayonnement UV-C reçue, qui est fonction de l'intensité de la lumière UV et de la durée de l'exposition¹¹¹.
- La longueur d'onde du rayonnement UV-C (des longueurs d'onde plus grandes nécessitent des doses plus importantes pour obtenir la même réduction logarithmique pour un virus donné)¹¹².
- La position et la distance entre la source d'UV-C et la cible¹¹³; plus la distance est grande, moins les UV-C atteignent la cible¹¹¹.
- Les conditions environnementales (par exemple, température et vitesse de l'air, humidité relative)¹¹⁴⁻¹¹⁶.
- La concentration et la structure du virus (par exemple, l'épaisseur et la composition protéique spécifique de la capsid; les génomes à simple ou double brin; la taille du génome)^{112,114}.

L'IGUV peut être appliquée au moyen de lampes placées dans la partie supérieure d'une pièce, d'appareils installés dans les conduits ou de dispositifs portables d'épuration de l'air. Les résultats d'une étude expérimentale sur l'IGUV ont démontré que ces systèmes peuvent réduire le nombre de pathogènes dans un environnement intérieur à un niveau presque aussi bas qu'à l'extérieur¹¹⁷. Des études de modélisation et des études de cas suggèrent également que la IGUV réduit le risque d'IAVR, incluant la COVID-19¹¹⁸⁻¹²⁰. Il faut toutefois noter que les preuves à l'appui de l'utilisation de l'IGUV pour prévenir la transmission des infections virales respiratoires sont basées sur ce que l'on sait de la

désinfection par UV en tant que concept plutôt que sur des données concrètes démontrant son efficacité^{111,114,121-125}.

L'IGUV en hauteur désigne l'utilisation de l'IGUV d'une source d'UV installée dans la partie supérieure d'une pièce pour désinfecter l'air dans la zone supérieure de la pièce^{126,127}. Des déflecteurs ou d'autres types d'écrans protecteurs doivent alors être utilisés pour limiter l'exposition aux UV des personnes se trouvant dans l'espace occupé, afin de prévenir les problèmes de peau et d'yeux comme la photokératite¹¹¹. Ces systèmes dépendent d'un flux d'air ascendant dans la pièce (par exemple, des courants d'air convectifs) pour faire passer l'air devant la ou les sources d'UV^{126,127}. La modélisation informatique en dynamique des fluides montre que ces dispositifs peuvent réduire la concentration virale dans l'air¹¹⁹, bien que la hauteur et la configuration du plafond soient des facteurs cruciaux pour que l'UVGI en hauteur fonctionne de manière optimale, car ils déterminent l'espace disponible pour le brassage de l'air et l'irradiation aux UV-C^{128,129}. Une hauteur de plafond minimale de 2,6 mètres (8,5 pieds) est préférable, avec une certaine circulation de l'air. L'utilisation de matériaux réfléchissants dans la partie supérieure de la pièce augmente le risque d'exposition aux UV pour les occupants de la partie inférieure de la pièce¹²⁹. Il est donc important de concevoir, utiliser et entretenir correctement le système afin d'en assurer l'efficacité, mais aussi d'en prévenir les dangers potentiels¹¹¹. Les dispositifs d'IGUV en hauteur sont particulièrement indiqués pour les espaces intérieurs où les systèmes CVC mécaniques sont insuffisants ou inexistantes, ou lorsque la ventilation naturelle ne peut être employée adéquatement tout au long de l'année¹²⁶. Si le système CVC de l'établissement assure déjà une filtration efficace ou fournit un débit d'air extérieur qui répond aux normes minimales, les systèmes d'IGUV pourraient ne pas apporter d'avantage supplémentaire.

Les systèmes d'IGUV en ligne ou en conduite placent la source d'UV à l'intérieur du système de CVC (par exemple, dans les conduits fermés, les événements d'évacuation ou d'autres endroits du système) et désinfectent l'air lorsque celui-ci passe devant la source d'UV¹²⁷. L'efficacité de ces systèmes dépend d'une circulation optimale de l'air et est fonction de la distance par rapport à la source d'UV. Puisque les systèmes d'UVGI en conduite sont installés dans des espaces clos, la dose d'UV-C peut être mieux contrôlée que dans le cas des systèmes installés dans des espaces ouverts (par exemple, les systèmes d'IGUV en hauteur)¹³⁰. Les systèmes d'IGUV installés dans les conduites offrent peu d'avantages dans les zones où le renouvellement de l'air est suffisant¹²⁷. Avant d'envisager l'utilisation de la technologie de l'IGUV dans les conduites, il est recommandé aux établissements de santé de consulter un professionnel ou un ingénieur en CVC afin de déterminer la dose d'UV, compte tenu de la géométrie de l'unité de traitement de l'air, de l'emplacement de la source d'UV-C, de la vitesse de l'air et d'autres données spécifiques à chaque unité de traitement de l'air¹³¹.

Enfin, les appareils portables de purification de l'air par IGUV peuvent inactiver les virus présents dans l'air intérieur, mais leur efficacité dépend de l'emplacement de l'appareil, du temps de contact et du débit d'air¹²⁷. Bien que l'augmentation du débit puisse améliorer l'efficacité de la filtration, elle peut également accroître la convection et, par conséquent, la dispersion des PRI dans la zone¹³². Les purificateurs d'air portables incluant les modèles d'IGUV, qui produisent de l'ozone, doivent être évités pour des raisons de toxicité^{102,133}.

Il est d'importance primordiale que les normes CSA soient respectées dans la mesure du possible. Si les normes CSA ne peuvent être respectées en raison, par exemple, de la vétusté des infrastructures, les éléments suivants peuvent être pris en compte par les établissements de soins de santé lorsqu'ils évaluent les risques et les coûts potentiels par rapport aux avantages potentiels des systèmes d'IGUV^{118,119,134} :

- Quelles sont les technologies ou opérations de contrôle alternatives aussi efficaces, mais plus faciles, plus simples ou moins coûteuses à installer, à employer et à entretenir?
- Le système a-t-il fait l'objet de rapports d'essai effectués par un laboratoire tiers qui peuvent être consultés par des ingénieurs qualifiés ou des professionnels du CVC?
- Le système d'IGUV émet-il des sous-produits nocifs comme l'ozone ou d'autres produits chimiques organiques volatils oxydés?
- L'établissement dispose-t-il de personnel qualifié pour déterminer l'emplacement du système afin d'en optimiser les performances tout en minimisant les risques d'exposition pour les occupants de la zone?
- L'établissement a-t-il du personnel formé à l'installation et à l'entretien à long terme du système?

En résumé, bien que les systèmes d'IGUV puissent être considérés comme intervention complémentaire à d'autres mesures bien établies en vue de réduire le risque de transmission des virus respiratoires^{126,135}, il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander ces solutions. D'autres études sont nécessaires pour déterminer quelles longueurs d'onde et doses spécifiques d'UV-C permettent de réduire la transmission des IAVR¹³⁶. Si l'installation d'un système d'IGUV est envisagée pour la prévention des IAVR, les établissements de soins de santé devraient examiner la rentabilité (c'est-à-dire les coûts d'exploitation par rapport aux performances) de ce système comparativement à d'autres systèmes et mesures (par exemple, l'augmentation du débit d'air par la ventilation mécanique existante)¹³¹. Il convient également de considérer les besoins élevés en capitaux pour l'installation, le fonctionnement et l'entretien de ces systèmes, ainsi que les mesures de protection à prendre avec cette technologie (par exemple, la prévention de la photokératite).

1.6.3.2 Unités portables de filtration à haute efficacité des particules

Les dispositifs portables de filtration de l'air équipés de filtres HEPA sont efficaces pour capturer les PRI, y compris certains virus^{102,106}. Les preuves appuyant l'emploi des filtres HEPA portables se limitent jusqu'à présent à des études de modélisation, et il n'existe aucune démonstration directe que l'utilisation indépendante de ces dispositifs réduit la transmission des infections virales respiratoires¹¹⁰. En fait, les preuves sont insuffisantes afin de recommander ces dispositifs pour la prévention des infections aiguës des voies respiratoires.

Lorsque des purificateurs d'air portables sont utilisés, les établissements de santé doivent s'assurer qu'ils sont agréés par un organisme reconnu tel que l'Association of Home Appliance Manufacturers¹⁰³. Le rendement de ces dispositifs dépend du débit d'air et de l'efficacité du filtre, c'est pourquoi les établissements de santé doivent choisir des dispositifs dont le débit d'air traité est suffisant pour le lieu d'utilisation prévu, et suivre les instructions du fabricant quant au choix de l'emplacement pour assurer une bonne circulation de l'air^{106,133}. En plaçant l'appareil à l'endroit adéquat, il est possible d'éviter que le flux d'air soit dirigé d'une personne à l'autre et de réduire ainsi la propagation potentielle des PRI^{102,137}. Il est essentiel de respecter les recommandations du fabricant concernant le fonctionnement, l'entretien et le nettoyage de l'appareil, incluant le remplacement régulier des filtres¹⁰⁴.

1.6.3.3 Ventilateurs et climatiseurs portables

Bien qu'il n'y ait pas de cas documenté de transmission d'infections virales respiratoires par le biais du système de chauffage, de ventilation et de climatisation, des rapports font état de cas où l'air non filtré

et recirculé pourrait avoir contribué à la transmission¹⁰¹. Les ventilateurs portables et les climatiseurs unitaires (par exemple, les climatiseurs de fenêtre et les climatiseurs portables d'intérieur) font circuler l'air dans la pièce, mais ne filtrent pas, ne désinfectent pas et n'échangent pas l'air avec l'extérieur¹⁰². En tant que tels, ces dispositifs de refroidissement peuvent accroître le risque de transmission d'infections virales respiratoires en propulsant des PRI contenues dans la pièce vers des personnes se trouvant à plus de deux mètres dans la zone¹³⁸. Les établissements de santé doivent faire preuve de prudence lorsqu'ils décident d'utiliser ces dispositifs de refroidissement locaux dans les zones où la climatisation centrale n'est pas disponible ou est insuffisante. Ces types d'unités de climatisation peuvent de plus agir comme des réservoirs pour les agents pathogènes transmis par l'eau, comme *Legionella* et les bactéries Gram négatives. La responsabilité du nettoyage et de la désinfection de ces dispositifs devrait être attribuée et les instructions d'utilisation du fabricant suivies pour l'entretien préventif, afin de minimiser le risque de transmission d'infections. L'utilisation de ces dispositifs de refroidissement locaux n'est pas recommandée dans les pièces occupées par des personnes souffrant d'infections virales respiratoires confirmées ou soupçonnées. Toute autre stratégie de refroidissement de la zone doit être mise en œuvre avant de recourir aux climatiseurs portables. Voici quelques exemples d'autres stratégies :

- Hydratation adéquate des occupants de la zone et du personnel (par exemple, fontaines d'eau, bâtonnet de glace à l'eau).
- Mise à la disposition pour les occupants de matériel de refroidissement adéquat (gants de toilette froids, poches de glace, vestes et couvertures réfrigérantes) et d'options ou de zones de refroidissement (salle froide désignée, douches froides, ventilateur, endroit pour se laver les mains ou les avant-bras ou s'éponger avec de l'eau froide).
- Blocage de la lumière directe du soleil à l'aide d'auvents, de volets, de rideaux ou de stores thermiques et de parasols extérieurs.
- Augmentation de la circulation de l'air en ouvrant les fenêtres, à condition que l'humidité extérieure soit faible (une humidité relative de 30 à 50 % est normale).
- Déshumidification centrale, un processus qui est efficace dans les zones à forte humidité. Remarque : les déshumidificateurs portables augmentent le risque d'infections transmises par l'eau, dégagent de la chaleur et augmentent la température de la pièce.
- Évacuation de la ou des pièces en cas de température excessivement élevée. Cette décision est à prendre au cas par cas.
- Consulter la norme CSA Z8004:22 pour le fonctionnement modifié des systèmes de CVC dans le cadre des SLD dans des conditions de températures extrêmes⁹⁵.

Lorsque l'utilisation de ces dispositifs de refroidissement local est inévitable, les établissements de soins de santé doivent veiller à ce que les points suivants soient respectés afin de réduire au minimum le risque de transmission d'infections par ces dispositifs¹³⁸ :

- Optimisation du flux d'air : Placer le ventilateur sur une surface propre au niveau du lit de la personne ou plus haut, et dirigez le flux d'air vers le haut en prenant soin d'éviter les détecteurs de fumée. Ne pas placer le ventilateur portable au niveau du sol et éviter de diriger le flux d'air vers l'entrée de la pièce, l'entrée de différentes pièces ou sur des surfaces environnementales.
- Pour les personnes placées dans des chambres à plusieurs lits, l'utilisation de ventilateurs portables et de climatiseurs ne doit être envisagée qu'après consultation auprès des spécialistes de la PCI.

- Pour les climatiseurs équipés d'un système d'évacuation de la condensation, au lieu d'utiliser le bac de récupération, évacuez la vapeur d'eau collectée vers l'extérieur du bâtiment à l'aide d'un tuyau d'évacuation.

1.6.4 Période d'inactivité

La période d'inactivité est une pratique qui vise à réduire la concentration de PRI restantes dans l'air en laissant passer un certain temps ou un certain nombre de renouvellements d'air avant de cesser le port du masque, d'utiliser une pièce pour le patient/résident/client suivant ou de procéder à un nettoyage final. Le raisonnement est qu'avec le temps, les PRI finissent par se déposer sur les surfaces ou à se dissiper. Les orientations relatives à la période d'inactivité s'appuient cependant sur des études sur la tuberculose et la rougeole, et non sur des données relatives à d'autres agents pathogènes/virus respiratoires¹³⁹⁻¹⁴¹.

Une revue exhaustive de la littérature et une analyse des collectivités publiques internationales ont été réalisées (voir l'annexe A pour la méthodologie de la revue) afin de recenser les données les plus récentes et les plus disponibles pour informer les directives de l'IAPC sur les périodes d'inactivité dans les établissements de soins de santé. Aucune publication n'a répondu à cette question spécifiquement pour les agents pathogènes respiratoires infectieux d'origine virale, et seul un nombre limité de documents d'orientation traite de la période d'inactivité en général. Dans les documents où la période d'inactivité est prise en compte, soit la durée de la période n'est pas numériquement spécifiée^{142,143}, soit ceux qui indiquent les périodes d'inactivité ne fournissent pas de références ou citent la littérature spécifique à la tuberculose^{1,13,108,109,144-147}, ce qui ne peut être généralisé aux virus respiratoires. De même, une note technique élaborée par SPO a démontré le manque de preuves disponibles pour fournir des recommandations sur la période d'inactivité dans les établissements de soins de santé³.

Bien qu'il existe des orientations concernant les périodes d'inactivité pour la tuberculose et la rougeole, il n'existe actuellement aucune donnée probante suggérant qu'une période d'inactivité est nécessaire après qu'un patient atteint d'une infection virale respiratoire soupçonnée ou confirmée (incluant la COVID-19) ait quitté la chambre ou après une intervention à haut risque (par exemple, une IMGA). Par conséquent, l'application systématique des périodes d'inactivité n'est pas recommandée pour les patients/résidents/clients atteints d'une IVR.

1.7 Barrières et distanciation physique

Les barrières physiques et la distanciation physique sont des mesures de contrôle techniques et administratives, respectivement, qui peuvent réduire le risque de transmission des IAVR^{148,149}. Les barrières physiques sont des structures installées dans divers environnements afin de prévenir tout contact avec les PRI. La distanciation physique est pour sa part un changement de comportement qui peut être mis en œuvre et interrompu en fonction des risques infectieux relatifs à la situation (par exemple, pendant les pandémies, en tant que mesure de contrôle d'un pathogène respiratoire émergent).

1.7.1 Barrières physiques

Les barrières physiques sont réputées réduire le risque de transmission des IAVR en empêchant les PRI d'atteindre les personnes sensibles^{1,150}.

En dépit des données probantes limitées, l'efficacité des barrières physiques est considérée comme dépendant principalement de trois facteurs clés :

1. Longueur et largeur de la barrière. Ces facteurs dépendent de la taille maximale des utilisateurs de la barrière, de la position normalement adoptée par les utilisateurs (par exemple, assis ou debout) et de la zone respiratoire des individus¹⁵¹.
2. Caractéristiques de l'espace dans lequel la barrière est mise en fonction. Les barrières sont couramment utilisées dans les zones d'attente ambulatoires, les zones d'examen et parfois dans les chambres à plusieurs lits où il est difficile d'éviter que des personnes potentiellement infectieuses soient mises en contact étroit avec des personnes vulnérables¹⁵².
3. Contexte d'utilisation. Les barrières physiques ont plus de chances d'être efficaces lorsque les personnes sont face à face ou à proximité les unes des autres et que les interactions entre les personnes sont brèves, ce qui empêche les PRI (en particulier les plus petites) de s'accumuler¹⁵³.

Exemples de barrières physiques et de leur utilisation

- Rideaux d'intimité entre les lits des patients^{1,154}.
- Séparations entre les lits des patients si des salles d'examen individuelles ne sont pas disponibles¹⁵⁵, ou dans les salles d'attente où les patients/clients présentant des symptômes similaires ne peuvent pas regrouper en cohorte dans des espaces séparés¹⁵⁶.
- Écrans et fenêtres en verre ou en Plexiglas® dans les aires de réception ou d'arrivée des ambulances, des endroits où le personnel est exposé à des personnes non dépistées potentiellement infectieuses¹⁵⁷.
- Dispositifs de protection contre la toux et les éternuements dans les zones de restauration¹.

Les matériaux constitutifs des barrières physiques doivent être faciles à nettoyer et à désinfecter régulièrement lorsqu'ils sont apparaissent visuellement souillés¹⁵¹. Les rideaux d'intimité en tissu doivent être retirés, nettoyés et désinfectés régulièrement, s'ils sont contaminés par du sang ou des fluides corporels, ou s'ils sont visiblement souillés. Les rideaux doivent également être changés lors de la sortie ou du transfert des patients/résidents/clients, et si ceux-ci font l'objet de précautions supplémentaires. Lors de la mise en place de barrières physiques, il convient de veiller à ne pas entraver la circulation de l'air dans l'espace ni à bloquer une bouche d'alimentation ou de reprise^{148,151,158}. Les barrières physiques de grande taille peuvent créer un espace mort avec une circulation d'air limitée, ce qui nécessite un rééquilibrage du système de CVC afin d'assurer les échanges d'air recommandés¹⁰⁴. Les normes de SST doivent être prises en compte lors de la sélection de l'emplacement des barrières physiques (par exemple, les risques de trébuchement, les voies d'accès en cas d'incendie)¹⁵⁹.

1.7.2 Distanciation physique

La distanciation physique peut réduire le risque de transmission des IAVR¹⁶⁰, car la transmission des virus respiratoires se produit le plus souvent lors d'un contact étroit, prolongé et en absence de protection¹⁶¹. Une analyse groupée a suggéré une réduction de 25 % des infections par la COVID-19 en présence d'une distanciation physique (risque relatif (RR) : 0,75 ; intervalle de confiance (IC) à 95 % [0,59 à 0,95]; $I^2 = 87$ %). Il est important de noter que l'éloignement physique n'élimine pas le risque de transmission des IAVR et ne représente qu'une stratégie parmi d'autres dans la hiérarchie des contrôles visant à réduire le risque de transmission des IAVR. Bien que la distanciation physique ait été une intervention efficace lors des pandémies et des éclosions d'IVR, le maintien permanent de la distanciation physique n'est pas réalisable et durable dans la plupart des cas.

Le niveau de protection atteint grâce à la distanciation physique dépend de nombreux facteurs autres que la distance elle-même. Ces facteurs comprennent la charge virale et l'activité (par exemple, la toux, la respiration forte) de la source, de même que la ventilation, l'humidité de l'air et la température environnante. Chacun de ces facteurs influe en effet sur la distance que peuvent parcourir les PRI¹⁶³. Les données suggèrent qu'il y a diminution du risque de transmission de l'IAVR avec l'augmentation de la distance par rapport à la source, sans toutefois qu'il y ait de seuil absolu. Par conséquent, il n'existe généralement pas de distance optimale acceptée pour prévenir la transmission des IAVR. En 2013, l'Agence de la santé publique du Canada a porté d'un à deux mètres la distance physique recommandée en cas d'IAVR¹³. De même, les documents d'orientation sur les meilleures pratiques de la province de l'Ontario recommandent une distance de deux mètres¹⁶⁴. D'autres organismes, tels que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et le National Health and Medical Research Council of Australia, recommandent une distance d'un mètre¹⁶⁵⁻¹⁶⁷. Le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni a pour sa part augmenté sa recommandation de distance physique à deux mètres pendant la pandémie de COVID-19, pour revenir à la distance d'un mètre prévalant avant la pandémie, s'alignant ainsi sur les recommandations de PCI d'avant la pandémie¹⁶⁸. Les établissements de soins doivent bien évaluer la faisabilité de la distanciation physique par rapport aux avantages potentiels de cette mesure, en tenant compte des autres mesures de contrôle administratives et techniques en place.

1.7.2.1 Stratégies pour assurer la distanciation physique

La distanciation physique peut être obtenue principalement en optimisant la conception des installations et le flux de travail et/ou en minimisant la promiscuité en réduisant le nombre d'individus dans un espace donné¹⁶⁹. La première est souvent limitée par les infrastructures préexistantes, et la seconde peut avoir un effet négatif sur l'accès des patients/résidents/clients aux soins et sur leur bien-être. Les établissements de SLD, par exemple, sont la résidence principale des résidents et les mesures de l'IPAC telles que la distanciation physique peuvent avoir un impact négatif sur les activités communes (par exemple, les repas en commun, les activités de groupe)¹⁷⁰.

Certaines stratégies de distanciation physique sont dynamiques et peuvent être mises en œuvre puis supprimées en fonction des changements de politique adoptés pour s'adapter à l'épidémiologie des IAVR dans la communauté ou dans un établissement de santé, tandis que d'autres mesures d'éloignement physique sont plus statiques (par exemple, la distance entre les lits). La mise en œuvre des changements de politique est généralement soutenue par l'éducation et d'autres outils (par exemple, des panneaux/affiches à l'entrée des établissements, dans les zones de réception, les salles d'attente et les salles d'examen), qui servent à informer et à rappeler aux personnes travaillant dans les établissements de soins de santé qu'elles doivent prendre leurs distances physiques^{2,148,169,171}.

Exemples de stratégies visant à optimiser la configuration des installations

La configuration des établissements de soins peut avoir un impact direct sur les trois facteurs généralement associés à un risque accru de transmission des IAVR : Espaces bondés, environnements à contact étroit et espaces confinés et fermés¹⁴⁹. Un aménagement de l'espace bien pensé contribue à aider les personnes à maintenir une distance physique appropriée dans ces environnements.

Les stratégies qui peuvent permettre une distanciation physique comprennent, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- Utiliser tout l'espace disponible dans les salles d'attente et les espaces communs, y compris certains espaces non conventionnels.

- Reconfiguration/déplacement et retrait des meubles/sièges pour prévenir tout contact étroit lorsque l'on est assis dans une zone^{148,169,172,173}. Il est également possible de bloquer l'occupation d'une partie des chaises en alternance¹⁷².
- Les sièges peuvent être disposés de manière à ce que les patients présentant des symptômes d'IAVR évitent de se retrouver face à d'autres patients (par exemple, en étant assis dos à dos)¹⁷⁴.
- Création d'aires d'attente réservées aux personnes en surnombre¹⁷².
- Diriger le flux de circulation par des entrées séparées pour les différentes populations de patients (par exemple, pour les services d'urgence, la clinique de jour d'oncologie), en instaurant un flux à sens unique et/ou en réservant la ou les salles d'examen les plus proches de l'entrée aux patients présentant des symptômes d'IAVR^{155,175}. Cela permet de réduire la distance à parcourir par le patient et de l'isoler rapidement.
- Modification des espaces communs du personnel tels que :
 - Veiller à ce que le personnel dispose d'un espace suffisant pour manger et boire dans une zone désignée¹⁷⁶. Le nombre de places identifiées comme salles de pause ou de déjeuner peut par ailleurs être augmenté si un espace approprié est disponible¹⁴⁸.
 - Réorganiser l'emplacement des meubles et limiter le nombre de tables et de chaises dans une zone pour faciliter la distanciation physique¹⁴⁸.
- Pour les repas en commun, supprimer ou espacer les tables/chaises, réduire le nombre de patients/résidents/clients à la même table^{148,173}.

Exemples de stratégies visant à réduire l'encombrement

Il peut être nécessaire de réduire l'affluence en fonction de la situation épidémiologique (par exemple, pendant la saison des virus respiratoires) afin de faciliter la distanciation physique¹⁵⁶.

Les stratégies qui facilitent la distanciation physique incluent, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- Limiter l'affluence dans les salles d'attente en :
 - fixant des rendez-vous à des intervalles appropriés afin de limiter le nombre de patients dans les salles d'attente ou les zones de traitement¹⁴⁵;
 - alternant les rendez-vous pour les visites en personne avec les rendez-vous virtuels;
 - utilisant des services spécialisés de visites à domicile, en particulier pour les patients vulnérables¹⁷⁷.
- Dans les lieux où se déroulent des activités communes et qui sont partagés entre plusieurs étages ou unités, comme les salles à manger ou les gymnases, les activités peuvent être programmées à des heures différentes afin a) de réduire l'affluence et b) d'éviter que les différents étages ou unités ne se mélangent¹⁷³.
- Limiter le nombre de personnes non essentielles qui peuvent accompagner un patient, ou le nombre de visiteurs sociaux par patient^{161,169,178,179}.
- Demander aux visiteurs de se rendre directement auprès du patient/résident/client et de quitter

l'établissement immédiatement après leur visite. Encourager les visites à l'extérieur si la météo le permet¹⁷¹.

- Déplacement de la pharmacie ambulatoire ou d'autres services vers un lieu situé en dehors de l'établissement de soins principal¹⁸⁰.
- Décaler les pauses du personnel pour faciliter la distanciation physique^{2,169,171,173,178}.
- L'organisation de plusieurs petites réunions avec moins de participants pourrait être privilégiée par rapport à une grande réunion (par exemple, les réunions de concertation dans une unité de soins aux résidents)^{148,169}. L'organisation de réunions virtuelles est une autre option.

Les contextes et les situations où une distanciation physique peut être envisagée, si cela est possible :

- La distanciation physique doit être envisagée lorsqu'un patient/résident/client fait l'objet de précautions supplémentaires pour une IAVR et qu'une chambre individuelle n'est pas disponible (en combinaison avec une barrière physique)^{1,13,181}.
- Le contact avec des populations non dépistées en l'absence de barrières physiques peut être envisagé. Il s'agit par exemple du dépistage, du triage et de la réception dans les établissements hospitaliers, les établissements ambulatoires et les cliniques, en particulier pendant la saison des virus respiratoires^{3,174,182}.
- Et peut être envisagé dans les salles d'attente, en particulier pendant la saison des virus respiratoires pour les patients présentant des symptômes d'IAVR, si une pièce séparée ou une zone séparée désignée avec une barrière physique n'est pas disponible^{1,3,156,174}.

1.7.3 Planification et préparation

Lors de la conception de nouveaux établissements de santé ou de la planification de la rénovation d'établissements existants, il convient de procéder à une évaluation des risques d'infection afin d'améliorer la capacité d'un établissement de santé à prévenir la transmission des IAVR (et d'autres maladies transmissibles). À quelques exceptions près, les chambres individuelles doivent être une priorité. Si des chambres à plusieurs lits sont inévitables, elles doivent être suffisamment grandes pour laisser un espace d'au moins deux mètres entre les patients et des installations sanitaires dédiées doivent être envisagées¹⁵².

La suroccupation des établissements de soins de santé peut présenter des risques de transmission des IAVR et d'autres maladies infectieuses. Bien que les établissements doivent prévoir des périodes de forte affluence, la construction de nouveaux établissements d'une capacité suffisante réduira le risque de suroccupation¹³. Les éléments de planification pour les établissements de soins de santé devraient inclure l'établissement et le maintien des zones/regroupements de chambres en cas d'épidémie ou de pandémie. Les salles d'attente et autres lieux communs doivent être spacieux, afin d'éviter la suroccupation^{13,157}. Des procédures et des espaces désignés doivent être prévus pour le triage, les zones d'attente et les salles d'examen afin de permettre de rapidement mettre les patients potentiellement infectieux à l'écart^{152,175}. Les plans doivent également prendre en compte les aspects de conception qui soutiennent les plans de pointe et de pandémie, comme le contrôle des sorties et des entrées, le stockage des fournitures en cas d'épidémie ou de pandémie et la construction de chambres d'isolement pour les infections transmissibles par voies aériennes¹⁵².

L'établissement de soins de santé doit par ailleurs tenir compte de son rôle dans les modèles régionaux de soins lors de la construction de nouveaux établissements ou du réaménagement d'établissements

existants. Par exemple, l'emplacement et le nombre de chambres d'isolement pour les infections transmissibles par voie aérienne tiendront compte du fait que dans le cadre du plan régional, l'établissement de soins de santé est censé prendre en charge le patient pendant une période prolongée, à moins que l'on s'attende à ce qu'il soit transporté vers un centre de soins régional.

1.8 Exigences et recommandations en matière de contrôle environnemental

Exigences législatives

- 1. Les organisations sont tenues d'établir des politiques et des procédures et de former les travailleurs de la santé sur les facteurs organisationnels susceptibles d'influer sur le choix et l'utilisation des ÉPI^{72,73}.**
- 2. Les systèmes de CVC doivent être conçus, construits, installés, exploités et entretenus conformément aux recommandations techniques de l'établissement, aux instructions d'utilisation du fabricant et aux réglementations et normes applicables, et doivent être inspectés par un professionnel qualifié tous les six mois pour s'assurer qu'ils sont en bon état⁷².**
- 3. Les établissements de SLD sont tenus de mettre en place des politiques d'immunisation et de dépistage et d'offrir les vaccins requis aux résidents. Le programme d'immunisation du personnel doit être conforme aux pratiques fondées sur des données probantes⁸⁵.**
- 4. Tous les établissements de santé ont la responsabilité de mettre en place des politiques de vaccination du personnel soignant et des patients/résidents/clients qui soient à jour⁷².**

Recommandations

- 5. Il est recommandé à tous les établissements de soins de santé de faciliter aux TS l'accès à tous les vaccins pertinents.**
- 6. Les TS qui présentent les symptômes d'une IAVR doivent signaler leur état à leur service de SST ou à leur délégué et suivre les politiques de l'organisme en matière de signalement des maladies et d'exclusion du travail.**
- 7. Les patients/résidents atteints d'une IAVR soupçonnée ou confirmée doivent être placés, dans la mesure du possible, dans une chambre individuelle disposant de ses propres toilettes et d'équipement dédié.**
- 8. La constitution de cohortes de patients/résidents infectés par le même agent pathogène ou de patients/résidents récemment guéris du même agent pathogène peut être considérée comme la meilleure des solutions de rechange.**
- 9. Les pratiques de base et les précautions supplémentaires contre les IAVR doivent être appliquées individuellement à chaque patient/résident d'une cohorte, et les travailleurs de la santé doivent changer de blouse et de gants lorsqu'ils passent d'un patient/résident à l'autre au sein d'une même cohorte.**
- 10. La protection faciale doit être remplacée après contact avec un patient/résident/client atteint d'une IAVR soupçonnée ou confirmée, à deux exceptions près : 1) lorsqu'il s'agit de soigner**

d'autres patients/résidents de la même cohorte dans la même chambre, ou 2) si les masques sont utilisés de manière continue.

- 11. Dans les établissements de SLD, les résidents qui présentent des symptômes, qui sont exposés ou dont la présence d'une IAVR est confirmée doivent, dans la plupart des cas, être rapidement séparés des autres résidents.**
- 12. Dans les centres de dialyse, il est recommandé de prévoir une pièce séparée pour les patients présentant une IAVR soupçonnée ou confirmée. Une alternative suboptimale est la distanciation physique et/ou la mise en place de barrières physiques entre un patient présentant une IAVR soupçonnée ou confirmée et les autres patients.**
- 13. L'utilisation de dispositifs de refroidissement locaux tels que les ventilateurs portables et les climatiseurs n'est pas recommandée dans les pièces occupées par des personnes présentant une IAVR soupçonnée ou confirmée.**
- 14. Une période d'inactivité n'est pas nécessaire après qu'un patient/résident/client atteint d'une IAVR soupçonnée ou confirmée a quitté une chambre ou après une IMGA sur un patient/résident/client atteint d'une IAVR soupçonnée ou confirmée.**
- 15. Les politiques générales et universelles de distanciation physique ne devraient pas être envisagées en dehors des pandémies ou d'autres menaces exceptionnelles. Une distance physique souhaitée d'au moins un mètre dans les environnements à haut risque (tels que les salles d'attente) devrait être envisagée, dans la mesure du possible, lors des flambées d'IAVR.**

2. Pratiques de base et précautions supplémentaires à prendre en compte pendant la saison des virus respiratoires

Les patients/résidents/clients/travailleurs de la santé sont potentiellement porteurs d'agents pathogènes transmissibles, même lorsqu'ils sont asymptomatiques et qu'une maladie transmissible n'est pas confirmée. Les pratiques de base partent du principe qu'un contact non protégé avec du sang, des fluides corporels, des sécrétions, des excréments, une peau non intacte, des éruptions cutanées non diagnostiquées ou une muqueuse peut permettre la transmission d'agents pathogènes. Dans cette optique, les mêmes normes de pratique doivent être appliquées systématiquement à tous les patients/résidents/clients rencontrés dans n'importe quel établissement de soins de santé. L'application des pratiques de base réduira le risque pour les TS ainsi que le risque de transmission au sein de l'établissement de soins de santé.

Des précautions supplémentaires sont prises dans le cadre des pratiques de base pour les patients/résidents/clients dont on sait ou dont on soupçonne qu'ils sont colonisés ou infectés par certains micro-organismes. Les précautions supplémentaires comprennent l'utilisation de barrières, d'ÉPI et le contrôle de l'environnement qui sont mis en place pour les rencontres avec le patient/résident/client ou dans leur environnement immédiat.

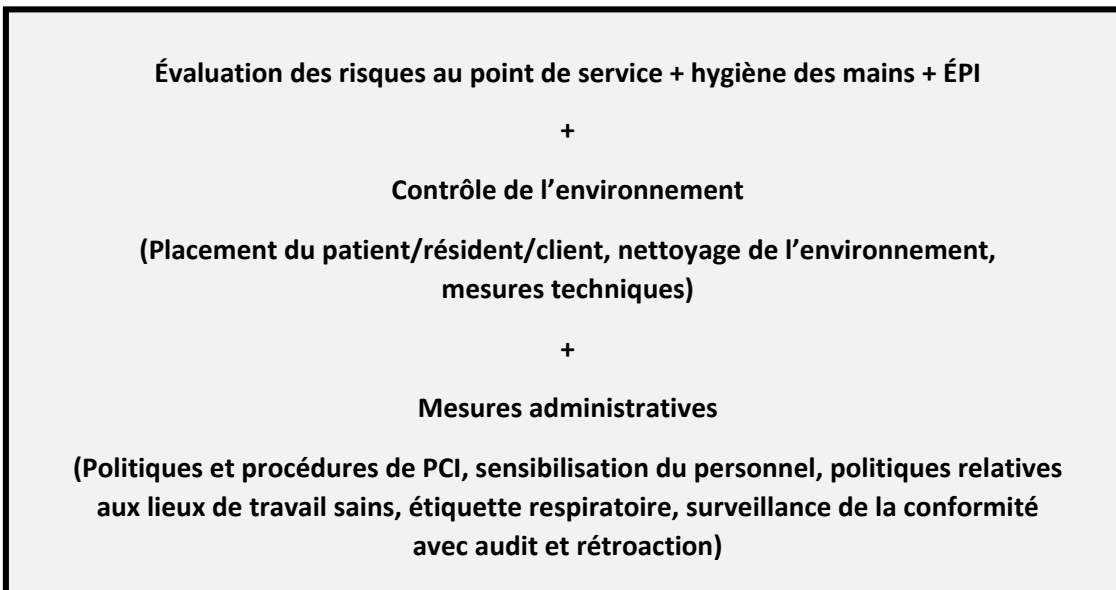
Pratiques de base

Les [pratiques de base](#) sont nécessaires dans TOUTES les interactions cliniques, indépendamment de toute préoccupation concernant une IAVR soupçonnée ou confirmée ou d'autres maladies infectieuses transmissibles¹.

Les pratiques de base font référence aux pratiques de PCI à utiliser avec tous les patients/résidents/clients lors de toutes les interactions de soins. Le risque de transmission des micro-organismes implique des facteurs liés au microbe, au patient/résident/client source, à l'environnement des soins de santé et à l'hôte susceptible¹³. Les pratiques de base sont nécessaires pour toutes les interactions cliniques, indépendamment de toute préoccupation concernant la possibilité de maladies infectieuses, et restent donc importantes, quel que soit le risque de transmission du virus respiratoire.

Les TS doivent évaluer le risque d'exposition au sang, aux liquides organiques, aux muqueuses et à la peau non intacte et identifier les stratégies qui permettront de prévenir le risque d'exposition et de contrôler la transmission des micro-organismes dans tous les établissements de santé. Pour réduire ou éliminer les risques, il est attendu que tous les éléments des pratiques de base (voir [remarque 1](#)) soient intégrés dans la culture de chaque établissement de soins de santé et la pratique quotidienne des TS.

Remarque 1 : Éléments des pratiques de base



Consulter le document du CCPMI-PCI intitulé [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#) pour des descriptions plus détaillées de tous les éléments qui font partie des pratiques de base¹.

2.1.1 Évaluation des risques au point de service

L'évaluation des risques au point de service (ÉRPS) fait partie intégrante des pratiques de base et en constitue la première étape. Une ÉRPS comprend également une évaluation du risque d'exposition spécifique à l'intervention à effectuer et de sa durée. L'éducation et la formation doivent être fournies au TS sur la manière de réaliser efficacement un ÉRPS, y compris des informations sur l'efficacité des mesures de contrôle relevées dans l'évaluation des risques opérationnels et pertinentes pour l'ÉRPS. L'évaluation des risques opérationnels ([section 1.2](#)) et l'ÉRPS servent toutes deux à identifier les risques et à réduire l'exposition potentielle aux maladies infectieuses et à d'autres menaces pour la santé et la sécurité⁷¹.

Les ÉRPS sont dynamiques et doivent être remplies par le TS avant chaque interaction avec un patient/résident/client. L'ÉRPS permettra au TS de déterminer s'il existe un risque d'exposition à une infection transmissible et de choisir l'ÉPI adéquat nécessaire pour le protéger lors de son interaction avec le patient/résident/client et son environnement.

Consulter le document du CCPMI-PCI intitulé [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#)¹ :

- Annexe B : Effectuer une évaluation des risques liés aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires, pour plus d'informations sur l'évaluation des risques.
- Tableau 1 : Facteurs influençant le risque de transmission de micro-organismes dans un établissement de soins de santé

2.2 Élargissement des pratiques de base

Pendant les périodes de haute transmissibilité des virus respiratoires (par exemple, en cas d'écllosion virale et/ou de pandémie), les établissements de soins de santé peuvent mettre en œuvre plusieurs mesures de PCI dans le cadre des pratiques de base existantes afin d'atténuer la propagation des virus respiratoires due à la transmission d'IAVR par des cas non diagnostiqués (par exemple, asymptomatiques, présymptomatiques). Parmi les exemples de pratiques de base élargies qui ont notamment été appliquées lors de la récente pandémie de COVID-19, on peut citer la distanciation physique et la réduction de la promiscuité (voir la [section 1.7 Barrières et distanciation physique](#)) ainsi que le port continu et systématique d'un masque et d'une protection oculaire.

Ces mesures de PCI supplémentaires peuvent être appliquées dans toutes les zones de soins cliniques ou de manière plus ciblée (par exemple, uniquement pour les travailleurs sociaux et le personnel, mais pas pour les visiteurs, uniquement dans les chambres des patients/résidents/clients) ou, selon les circonstances, de manière plus générale dans l'ensemble des établissements de soins de santé.

L'application de ce cadre de transmission (décrit à la [section 1.3](#)) permet aux établissements de soins de santé d'adapter les composantes de l'élargissement des pratiques de base avec comme premier objectif de prévenir les préjudices causés aux patients/résidents/clients vulnérables et de réduire la transmission au sein de l'établissement de santé, sans compromettre pour autant la capacité opérationnelle. Étant donné que les mesures peuvent être modifiées en fonction des variations du risque de transmission, la gestion des changements est essentielle. Cela inclut la communication des raisons des ajustements en utilisant un cadre clair pour évaluer les risques et les avantages pour les patients/résidents/clients, les TS/le personnel et les opérations de soins de santé.

2.2.1 Stratégies de port continu du masque

Les masques médicaux sont utilisés de routine comme ÉPI dans le cadre des pratiques de base (masquage situationnel) et en fonction de la nécessité de prendre des précautions supplémentaires lors de rencontres avec un patient, un résident ou un client spécifique. En revanche, les stratégies de port continu du masque (masquage ciblé et universel) impliquent le port d'un masque pendant des périodes prolongées, qui sert non seulement d'ÉPI, mais aussi de moyen de contrôle à la source ([voir la Remarque 2 : Stratégies de port du masque](#)). Lors d'interactions entre travailleurs de la santé asymptomatiques et entre patients/résidents/clients asymptomatiques, la raison d'être du port continu du masque est de prévenir la transmission pendant la phase présymptomatique ou en cas d'infections asymptomatiques.

Remarque 2 : Stratégies de port du masque

Port situationnel du masque : Utilisation de masques en tant qu'ÉPI selon l'évaluation des risques au point de service et conformément aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires.

Port continu du masque : Port du masque pendant des périodes prolongées et lors d'interactions avec plusieurs patients/résidents/clients, à la fois comme contrôle de la source et comme ÉPI.

Le port continu du masque comporte deux catégories :

Port ciblé du masque : Forme plus restreinte où le port du masque est limité aux TS et s'applique uniquement dans le cas où ils fournissent des soins dans un établissement hospitalier et/ou dans d'autres environnements à haut risque.

Port universel du masque : Forme plus générale qui s'applique lorsque le port du masque est requis en continu pour toutes les personnes (par exemple, le personnel, les patients/résidents/clients, les visiteurs) dans un établissement de soins de santé, y compris les services administratifs, les bureaux partagés, les salles de réunion et les espaces publics tels que les couloirs et les ascenseurs (« masquage de porte à porte »)*.

*Les stratégies de port du masque peuvent combiner le masquage ciblé avec des éléments du masquage universel, comme décrit plus en détail ci-dessous.

Avant la pandémie de COVID-19, les stratégies de port continu du masque n'avaient pas été largement appliquées dans les établissements de santé, pour ensuite être adoptées dans la plupart des établissements pendant la pandémie de COVID-19. L'utilisation de ces stratégies peut toujours être envisagée comme mesure supplémentaire d'atténuation de la transmission dans certaines circonstances (par exemple, lors d'une éclosion pendant le pic de la saison des virus respiratoires). Se référer à la [section 1.3 Cadre des risques de transmission](#) pour un traitement plus approfondi du sujet.

2.2.1.1 Efficacité des stratégies de port continu du masque

Les études récentes sur les stratégies de port continu du masque se sont dans l'ensemble révélées efficaces pour réduire les IAVR liées aux soins de santé chez les TS et les patients¹⁸³⁻¹⁸⁷. Ambrosch et coll. ont constaté une réduction de près de 80 % des infections nosocomiales au SRAS-CoV-2 ($p = 0,026$) à la suite de l'adoption d'une politique de masquage universel à l'échelle de l'établissement.¹⁸³ De façon similaire, après l'instauration d'une politique universelle de masquage du personnel et des patients, une réduction des admissions à l'hôpital de patients soupçonnés d'infection par COVID-19 dans les unités d'hémodialyse (rapport de risque (HR) : 0,64; IC 95 % [0,44-0,93]) a aussi été observée au Royaume-Uni¹⁸⁸. Une réduction de l'incidence des infections grippales nosocomiales de 0,39 à 0,19 ($p < 0,001$) a été observée chez les patients après la mise en œuvre d'une politique ciblée de masquage imposant le port d'un masque médical pendant toute une période de travail lorsque plus de trois patients atteints de la grippe étaient présents dans un service donné¹⁸⁹.

Parmi le personnel dont l'exposition sur le lieu de travail est avérée, une diminution de 67 % des tests positifs pour la COVID-19 a été observée après la mise en œuvre d'une stratégie ciblée exigeant des TS qu'ils portent des masques pendant leurs quarts de travail¹⁹⁰. D'autres études ont montré une diminution de 11,1 % de la positivité pour la COVID-19 chez les TS après la mise en place du masquage universel ($p < 0,0001$)¹⁸⁶. Une étude a mis en évidence une diminution significative du taux d'incidence cumulée des infections nosocomiales par le SRAS-CoV-2 chez les TS après l'introduction du port universel

du masque¹⁸⁴. En Israël, une politique nationale exigeant un port universel du masque était associée à une diminution de 0,2 infection par jour de l'incidence des infections de COVID-19 (IC 95 % [-0,3 à -0,1]; $p < 0,001$) chez les TS¹⁹¹. Dans une autre étude quasi expérimentale, l'incidence et la positivité au test pour la COVID-19 ont diminué chez les TS, passant respectivement de 14,3 à 4,3 cas par semaine et de 18,4 % à 9,0 %, à la suite de l'introduction du port universel du masque¹⁹². Plusieurs autres études ont rapporté l'effet du port universel du masque sur la fréquence des mises en quarantaine ou sur le nombre de jours de retrait du travail des TS, quoique ces études ne soient plus pertinentes dans le contexte actuel^{185,190}.

Bien que les données précitées soient systématiquement en faveur de politiques de port universel du masque, en particulier pour la prévention de la transmission du SRAS-CoV-2 et dans une étude sur la transmission de la grippe, il est important de noter qu'il s'agit d'études observationnelles ou quasi expérimentales, qui présentent donc un plus grand risque de biais et de facteurs confondants, et qui ne tiennent pas nécessairement compte des problèmes de mise en œuvre et de respect des règles. Par ailleurs, les données ne vont pas toutes dans le même sens et certaines études ne suggèrent aucun avantage significatif des approches de port continu du masque, y compris les essais contrôlés randomisés (ECR) sur l'utilisation des masques médicaux de l'ère pré-COVID^{193,194}. Un ECR réalisé au Japon n'a montré aucun avantage sur le plan des symptômes respiratoires autodéclarés dans le groupe randomisé utilisant le masque médical de façon continue par rapport à l'absence d'utilisation continue d'un masque chez les TS¹⁹³. Un autre ECR par grappes mené au Vietnam a révélé un taux d'IAVR significativement plus élevé chez les TS randomisés pour l'utilisation continue de masques en tissu par rapport aux masques médicaux, mais aucune différence statistiquement significative entre l'utilisation des masques médicaux en continu et la pratique standard sans usage ne continue des masques, avec toutefois des IC larges qui n'excluent pas un avantage potentiel¹⁹⁴. Plus récemment, une étude quasi expérimentale n'a pas montré d'impact négatif de la levée du masquage universel après le pic de la pandémie de COVID-19 (avec un IC très large), sans exclure un impact négatif ou positif cliniquement important en termes d'infections nosocomiales¹⁹⁵.

2.2.1.2 Mise en œuvre des stratégies de port continu du masque

En général, plus le risque de transmission est élevé (c'est-à-dire le risque absolu), plus il est probable que les politiques de port continu du masque présentent un avantage appréciable (c'est-à-dire une réduction du risque absolu). L'avantage incrémentiel d'une politique de port continu du masque dépend donc largement de l'activité locale des IAVR et de l'immunité existante dans une population contre un certain pathogène. Si le port continu du masque représente un outil potentiel pour atténuer la transmission, son utilisation doit être envisagée non seulement en termes d'avantages escomptés, mais aussi en termes d'effets négatifs associés à une telle politique. En ce qui concerne en particulier l'impact sur les interactions humaines, des défis sont posés par les signaux non verbaux et la communication avec les personnes souffrant d'une déficience auditive^{196,197}. La décision d'adopter ou non des politiques de port continu du masque pour l'ensemble du personnel doit être prise par l'organisation après consultation auprès de la PCI, de la SST et d'autres partenaires clés. Les facteurs proposés par les experts pour guider les décisions de mise en œuvre et de retrait comprennent les informations sur la prévalence et le taux d'infections nosocomiales, l'activité des foyers d'IAVR, les niveaux de personnel, les taux d'infection communautaire et parmi les TS, ainsi que les considérations qui touchent l'observance, les options de traitement, les coûts et la logistique¹⁹⁸ (Voir aussi la [section 1.3 Cadre des risques de transmission](#)).

De nombreux compromis sont possibles entre le masquage situationnel couramment utilisé et le masquage continu déployé au fil des ans, qui pourraient être pris en tenant compte des besoins spécifiques d'une organisation ([voir la remarque 2 : Stratégies de port du masque](#)). Le port situationnel

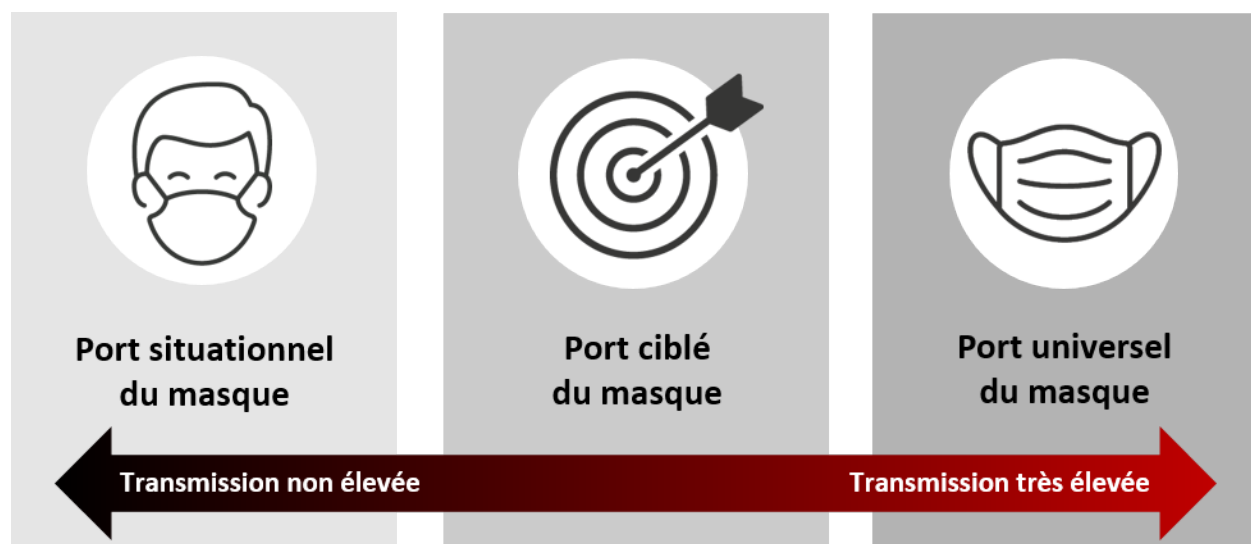
du masque conformément aux pratiques de base (basées sur l'ÉRPS) et si un patient/résident/client fait l'objet de précautions supplémentaires en cas d'IAVR sont nécessaires à tout moment. Les recommandations et les politiques relatives au port continu du masque doivent toutefois prendre en compte le risque de transmission, sur un spectre allant des périodes à risque non élevé de transmission aux périodes à risque très élevé de transmission.

Le port continu du masque, allant du masquage ciblé au masquage universel, peut être envisagé pendant les périodes à haut risque de transmission. La [figure 3](#) décrit l'éventail des recommandations relatives au port du masque, allant du masquage situationnel au masquage universel, en passant par le masquage ciblé, pour des périodes présentant un risque de transmission variant de non élevé à très élevé. Lors des périodes à haut risque de transmission, le port du masque ciblé doit être envisagé pour les contacts directs étroits et prolongés entre patients/résidents/clients, en raison du risque de transmission et de flambée épidémique que cela entraîne¹⁹⁹. Il faudrait également considérer le profil de risque et la vulnérabilité du patient/résident/client (par exemple, une politique plus stricte pour le masquage ciblé dans une unité d'oncologie ou de transplantation). Le port ciblé du masque peut également être envisagé dans d'autres zones où il peut y avoir une exposition rapprochée et prolongée à de nombreuses personnes. Ces zones (par exemple, les aires de repos, les salles d'attente, les zones d'hospitalisation) peuvent présenter un risque plus élevé de transmission aux patients/résidents/clients et au personnel que les zones où les interactions sont transitoires (par exemple, les couloirs). Si les circonstances spécifiques d'une organisation l'exigent (par exemple, dans une unité de démence où les résidents peuvent être incapables de suivre des instructions et peuvent errer, ce qui rend imprévisibles les expositions pour le personnel et les autres patients/résidents), une étape suivante pourrait être d'inclure ces zones dans une politique de port continu du masque. Le port continu du masque pour les soignants et les visiteurs essentiels peut également être envisagé, compte tenu de la nature des interactions prolongées entre les patients/résidents/clients. Cependant, d'éventuels problèmes de conformité peuvent compliquer la mise en œuvre du port continu du masque pour les soignants et les visiteurs essentiels.

Outre les soins directs aux patients/résidents, le port continu du masque peut être envisagé sur la base d'une évaluation du risque de transmission par le patient/résident/client et par le personnel qui tient compte de facteurs tels que la durée, la fréquence et le nombre d'interactions. (voir le [tableau 2. Scénarios et considérations relatifs au port du masque - classés par ordre d'effets perçus comme les plus importants pour la protection des patients/résidents/clients et la prévention](#)). D'autres facteurs potentiels d'exposition du personnel incluent l'impact sur les ressources humaines en cas d'expositions multiples du personnel, la charge au sein de l'établissement (par exemple, unité d'épidémie) et/ou d'un secteur à haut risque (par exemple, unité de soins intensifs, unité de transplantation) qui, dans certaines circonstances exceptionnelles, peuvent conduire à la mise en œuvre d'une politique universelle de masquage « porte-à-porte » pour toutes les personnes capables de tolérer un masque.

Lorsqu'un masque est porté en permanence, il n'est pas nécessaire de le remplacer par un nouveau masque médical (et une nouvelle protection oculaire) pour les soins aux patients/résidents/clients faisant l'objet de précautions supplémentaires, sauf si le masque est manipulé ou retiré, s'il est visiblement souillé, humide, endommagé ou s'il devient difficile de respirer à travers lui. Quand un masque est mis en place ou retiré, il faut toujours se laver les mains. De plus, les masques ne doivent pas être réutilisés (c'est-à-dire remettre le même masque après l'avoir retiré) en raison du risque d'autocontamination. Pour plus de renseignements, consulter le [tableau 3. Scénarios et considérations pour le port continu du masque](#) et la [section 1.5.2 Regroupement des patients/résidents en cohorte](#)).

Figure 3. Éventail des recommandations de masquage pour les périodes à risque de transmission allant de non élevé à très élevé



Adapté de : Ontario Health, Toronto Region Masking Community of Practice Committee; Merkley J, Cass D, Hota S, Johnstone J. TR HOT – changes to masking guidance: summary of assumptions, recommendations & operational guidance. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l’Ontario; 30 juin 2023. Progression of masking policies in clinical areas, p. 5

Tableau 2. Scénarios et considérations relatifs au port du masque - classés par ordre d’effets perçus comme les plus importants pour la protection des patients/résidents/clients et la prévention des épidémies

Scénario de masquage	Bien-fondé/considérations
<p>Masquage du TS pour les soins directs aux patients/résidents/clients (masquage clinique ciblé)</p>	<p>Réduire le risque de transmission nosocomiale entre les TS et les patients/résidents/clients, en particulier en situation de contact étroit et prolongé (par exemple, pendant les activités de soins aux patients/résidents/clients).</p> <p>En dehors des périodes de forte transmission, les situations où le port du masque peut être envisagé sont les soins directs aux patients à haut risque (par exemple, dans les unités de transplantation), en particulier lorsque ces soins sont donnés pendant une période prolongée.</p>
<p>Masquage des TS dans les zones cliniques des patients, des résidents et des clients (masquage ciblé des patients hospitalisés +/- des unités de soins ambulatoires)</p>	<p>Réduire le risque de transmission nosocomiale, incluant la transmission entre les membres du personnel ou le contact par inadvertance avec un patient/résident/client non masqué.</p> <p>Les considérations incluent l’évaluation des risques au personnel des soins de santé en cas d’exposition du personnel, la charge au sein de l’établissement (par exemple, unité d’épidémie), la présence de patients dans les couloirs, et/ou les secteurs à haut risque (par exemple, unité de transplantation, clinique d’hématologie et d’oncologie).</p>

Scénario de masquage	Bien-fondé/considérations
<p>Imposition du port du masque pour les visiteurs/prestataires de soins essentiels au chevet des patients ou dans les zones cliniques</p>	<p>Réduire le risque d'introduction des IAVR chez les patients/résidents/clients.</p> <p>Remarque : Le masquage des prestataires de soins essentiels qui sont membres de la famille et cohabitent avec les patients (par exemple, un parent ou un partenaire d'accouchement) ou les prestataires de soins essentiels dans des établissements de soins non aigus (par exemple, un établissement de soins de longue durée, des soins à domicile) est uniquement recommandé lorsque le patient/résident reçoit les soins du personnel (mais il peut être envisagé à tout moment).</p>
<p>Masquage des patients/résidents/clients asymptomatiques[†]</p>	<p>Réduire le risque de transmission entre les patients/résidents/clients.</p> <p>Envisager dans les aires communes où il peut y avoir une exposition étroite et prolongée à un grand nombre de personnes (par exemple, salles de détente, salles d'attente et pour la protection des patients/résidents/clients présentant un risque élevé de maladie grave).*</p>
<p>Port du masque dans les salles de réunion, les zones administratives/bureaux/zones cliniques non dédiées vers les patients/résidents/clients</p>	<p>Réduire le risque de transmission de personnel à personnel.</p> <p>Les facteurs à prendre en considération comprennent l'évaluation des risques d'urgence pour le personnel des soins de santé en cas d'exposition du personnel et de constatation d'une augmentation de la maladie parmi le personnel au-delà des attentes basées sur les seuls risques de transmission dans la communauté.</p>
<p>Le port du masque dans les espaces publics, y compris les aires non cliniques (c'est-à-dire le masquage continu de tous les individus, de porte à porte).</p>	<p>Réduire le risque de transmission à toutes les personnes se trouvant dans ces environnements à faible risque.</p> <p>Si mises en place, les recommandations pour le personnel, les patients/résidents/clients et les visiteurs devraient être harmonisées.</p>

[†]Le port du masque n'est pas recommandé pour les personnes âgées de 2 ans ou moins, ou pour toute personne qui ne peut tolérer le port du masque.

*Les exceptions peuvent inclure les environnements de type domestique où les interactions entre de petits groupes de patients/résidents/clients sont considérées comme faisant partie des aspects importants des soins (par exemple, les établissements de SLD).

Tableau 3. Scénarios et considérations pour le port continu du masque

Scénarios avec port continu du masque	Y a-t-il d'autres ÉPI en plus du masque ?*	Changer mon masque ?	Changer ma blouse, mes gants et ma protection oculaire ?
Soins directs aux patients/résidents sans précautions supplémentaires	Non	S'il est mouillé, contaminé ou rend la respiration difficile, ou s'il a été enlevé	Si utilisés dans le cadre des pratiques de base, les changer en quittant la pièce.
Soins directs (moins de deux mètres) au patient/résident avec précautions supplémentaires pour une IAVR	Oui Nécessite une blouse, des gants, une protection des yeux et un masque	S'il est mouillé, contaminé ou rend la respiration difficile, ou s'il a été enlevé	Oui, en sortant de la pièce
Soins directs à plusieurs patients/résidents faisant l'objet de précautions supplémentaires en raison d'une IAVR et se trouvant dans la même salle commune ou faisant partie de la même cohorte.	Oui Nécessite une blouse, des gants, une protection oculaire et un masque	S'il est mouillé, contaminé ou rend la respiration difficile, ou s'il a été enlevé	Retirer la blouse et les gants, puis se laver les mains entre chaque résident.
Entrer dans la chambre du patient/résident en suivant les précautions supplémentaires contre les IAVR et en restant à plus de deux mètres ou en minimisant les contacts avec le patient/résident (par exemple, déposer un plateau-repas, observer le patient ou son moniteur sans contact direct).	Oui Gants requis en cas de contact avec le patient/résident ou son environnement	S'il est mouillé, contaminé ou rend la respiration difficile, ou s'il a été enlevé	Oui, en sortant de la pièce

*Les scénarios reposent sur la présomption qu'une évaluation des risques personnels sera effectuée avant chaque interaction entre le patient/résident. Le type d'ÉPI dépend de l'évaluation des risques et/ou des précautions supplémentaires spécifiées.

Adapté de : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé Publique Ontario) Le port du masque universel dans les établissements de soins de santé et les maisons de retraite [Internet]. 3^e révision. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine de l'Ontario; 2022 [archivé; Tableau, Scénarios de port du masque universel. Disponible sur : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/report-covid-19-universal-mask-use-health-care-settings.pdf?la=fr>

2.2.2 Protection oculaire continue

Les protections oculaires comprennent les lunettes de sécurité avec protection latérale, les écrans faciaux, les visières et les lunettes de protection. Il existe peu de données probantes indiquant que l'utilisation continue d'une protection oculaire réduit la transmission du SRAS-CoV-2 et d'autres virus respiratoires, en dehors des recommandations d'utilisation pour les pratiques de base et les précautions supplémentaires lors de la prestation de soins directs. Une revue systématique des effets protecteurs de la protection oculaire sur la transmission du SRAS-CoV-2 a identifié cinq études d'observation, dont quatre suggèrent un effet protecteur global de la protection oculaire obligatoire (principalement les écrans faciaux) avec un rapport de cotes (RC) allant de 0,04 à 0,6, mais toutes les études présentaient un potentiel de biais élevé (principalement en raison du risque de facteurs confondants), et les preuves ont donc été considérées comme peu concluantes²⁰⁰. Par conséquent, il est recommandé de porter une protection oculaire conformément à l'ÉRPS dans le cadre des pratiques de base, ainsi que pour les patients/résidents/clients qui font l'objet de précautions supplémentaires en cas d'IAVR. À ce jour, aucune recommandation ne peut être émise en ce qui concerne l'utilisation continue de protections oculaires dans les établissements de soins de santé.

2.3 Précautions supplémentaires en cas d'infections virales respiratoires aiguës

Les patients/résidents/clients qui se présentent ou résident dans un établissement de santé avec des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (IAVR) doivent être pris en charge en appliquant des précautions supplémentaires en plus des pratiques habituelles, afin de protéger le personnel soignant, les patients/résidents/clients et les autres. À leur arrivée, les patients/résidents/clients symptomatiques sont priés de se laver les mains, de mettre un masque, de respecter l'étiquette respiratoire et d'attendre dans une zone séparée, si cela est possible. Si cela n'est pas possible, ils doivent garder une distance d'au moins deux mètres par rapport aux autres patients/résidents/clients. Les patients/résidents/clients atteints d'IAVR devraient idéalement être soignés dans une chambre individuelle, dotée si possible de sa propre salle de bains et, si nécessaire, faire l'objet d'une mise en cohorte^{96,158,201}, voir la [section 1.5 Placement des patients/résidents atteints d'infection aiguë des voies respiratoires](#).

Les TS doivent rester conscients que, pendant la saison des virus respiratoires, les personnes présentant diverses maladies cardio-pulmonaires aiguës (par exemple, insuffisance cardiaque, exacerbations de maladies pulmonaires obstructives chroniques ou asthme) peuvent être atteintes de la grippe ou d'autres virus respiratoires²⁰²⁻²⁰⁶. Par ailleurs, tous les patients/résidents/clients atteints d'une IAVR ne présentent pas forcément de la fièvre, celle-ci dépendant de facteurs liés à l'hôte et à l'agent pathogène²⁰⁷. Des précautions supplémentaires sont également indiquées pour les patients/résidents/client qu'on croit présenter un risque élevé d'IAVR pendant la période d'incubation, incluant les expositions préalables à une épidémie s'ils sont transférés dans une unité ou un établissement non touché.

Les ÉPI représentent une barrière de protection importante. Une ÉRPS doit être effectuée avant toute rencontre afin de permettre une sélection appropriée des ÉPI, quelle que soit la situation épidémiologique du moment. Les mesures de PCI les plus pertinentes pour les pratiques de base et les précautions supplémentaires en cas d'IAVR sont les suivantes :

- Les ÉPI appropriés comprennent le masque médical (voir la [section 2.3.1 Respirateurs et masques médicaux N95 pour la protection contre les infections aiguës des voies respiratoires aiguës](#) et le [tableau 4. Résumé des recommandations en matière d'ÉPI dans les établissements de soins de santé](#)), une protection oculaire (lunettes de protection, écran facial, visière ou lunettes de sécurité avec protection latérale), une blouse et des gants.
- Port du masque pour le patient/résident/client atteint d'une IAVR soupçonnée ou confirmée, lorsqu'il se trouve en dehors de son espace-lit et s'il peut le tolérer.
 - Si le patient/résident/client ne tolère pas le masque, il doit être encouragé à respecter l'étiquette respiratoire.
- Disponibilité de distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool et d'ÉPI au point de service.
- Respect des procédures d'hygiène des mains par les TS, les visiteurs et les patients/résidents/clients.
- Étiquette respiratoire en cas de toux ou d'éternuement :
 - Détourner la tête des autres.
 - Couvrir son nez et sa bouche avec un mouchoir en papier.
 - Jeter les mouchoirs immédiatement après usage dans une poubelle.
 - Appliquer les procédures d'hygiène des mains immédiatement après avoir jeté les mouchoirs.

Pour le placement des patients/résidents/clients et les exigences en matière de distance physique, voir respectivement la [section 1.5 Placement des patients/résidents atteints d'infection aiguë des voies respiratoires](#) et la [section 1.7 Barrières et distanciation physique](#). Le [tableau 5](#) résume les précautions supplémentaires nécessaires à la prise en charge des patients/résidents/clients atteints d'une IAVR dans le cadre des établissements de soins de santé.

2.3.1 Respirateurs et masques médicaux N95 pour la protection contre les infections aiguës des voies respiratoires

Les masques médicaux (appelés aussi masques chirurgicaux ou masques d'intervention) et les respirateurs N95 protègent contre les infections respiratoires¹⁹⁴. De plus en plus d'études comparent l'efficacité des masques et des respirateurs N95 dans la prévention des infections par le SRAS-CoV-2 et le virus de la grippe dans le cadre des établissements de soins de santé. Les résultats sont toutefois ambivalents. Les données des essais cliniques antérieurs à la pandémie et la revue systématique des résultats ne suggèrent aucune différence probante d'efficacité clinique entre les masques médicaux et les respirateurs N95 dans la prévention des infections grippales, tandis que certaines études suggèrent un avantage potentiel des respirateurs N95²⁰⁸⁻²¹³. De façon similaire, l'ensemble des données touchant à la prévention des infections par le SRAS-CoV-2 n'a pas démontré de différence convaincante d'efficacité entre ces deux options : alors que certaines études d'observation suggéraient que les respirateurs N95 offraient une meilleure protection, d'autres études n'étaient pas concluantes et ne suggéraient pas de différence pertinente ou significative, ou suggéraient une meilleure protection avec les masques médicaux^{212,214-225}. Comme c'est souvent le cas pour les études d'observation, l'ensemble des études présente des limites substantielles en raison du risque élevé de biais, principalement en raison des

facteurs confondants non mesurés²¹⁴. Tout comme pour la grippe, aucune différence notable ou statistiquement significative d'efficacité n'a pu être montrée entre les masques médicaux et les respirateurs N95 pour la prévention du SRAS-CoV-2 dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé²²⁶, et les synthèses récentes évaluant l'ensemble des données sur le sujet ont abouti à des conclusions similaires^{210,227}. Une légère différence d'efficacité ne peut toutefois être exclue alors que des études mécanistes suggèrent un avantage potentiel des masques respiratoires N95 par rapport aux masques médicaux, en particulier pour les petites particules respiratoires infectieuses, en raison de la capacité des masques respiratoires à filtrer les microparticules et de leur ajustement plus optimal²²⁸. De même, les données expérimentales montrent qu'un masque bien ajusté présente un avantage théorique par rapport à un masque mal ajusté, mais les données des essais cliniques manquent pour confirmer une différence cliniquement significative²²⁵. Des effets indésirables ont été signalés plus fréquemment avec les respirateurs N95 qu'avec les masques médicaux, notamment des maux de tête, de l'essoufflement, des démangeaisons et irritations faciales et des lésions dues à la pression²¹⁴.

Bien qu'il soit admis que les protections faciales protègent lors du contact avec des patients/résidents/clients atteints d'une IAVR, les preuves cliniques sont insuffisantes à ce stade pour privilégier une option par rapport à l'autre, et la certitude des preuves reste faible²²⁴. Cette incertitude, basée sur des résultats non concordants dans les études comparant les masques médicaux aux respirateurs N95, peut expliquer la différence entre les recommandations des différentes juridictions, en particulier concernant la protection contre les infections par le SRAS-CoV-2^{145,229}.

Remarque : Pour des conseils sur la protection contre les nouveaux virus respiratoires émergents, se référer au document du CCPMI-PCI [Pratiques exemplaires de prévention, de surveillance et de contrôle des nouvelles infections respiratoires dans tous les milieux de soins](#)¹⁹.

Tableau 4. Résumé des recommandations en matière d'ÉPI dans les établissements de soins de santé

Établissement de soins de santé	Individuel	Activité	ÉPI recommandé
Chambre de patient (y compris triage, salles d'examen, chambres de résidents en SLD ou de soins à domicile)	TS	Fournir des soins directs aux patients/résidents avec une IAVR soupçonnée ou confirmée	Masque médical* Blouse d'isolement Gants Protection oculaire
Chambre de patient (y compris triage, salles d'examen, chambres de résidents en SLD ou de	TS	Fournir des soins directs aux patients/résidents avec une IAVR soupçonnée ou confirmée qui subissent des interventions médicales	Masque médical* (ou respirateur N95 [†] , certifié pour l'ajustement, pour l'étanchéité ou l'équivalent) Blouse d'isolement Gants Protection oculaire

Établissement de soins de santé	Individuel	Activité	ÉPI recommandé
soins à domicile)		présentant un risque accru de transmission (par exemple, une IMGA).	
Chambre de patient (y compris triage, salles d'examen, chambres de résidents en SLD ou de soins à domicile)	Visiteurs	Entrée dans la chambre d'un patient/résident avec une IAVR soupçonnée ou confirmée	Masque médical* Blouse d'isolement Gants Protection oculaire
Chambre de patient (y compris triage, salles d'examen, chambres de résidents en SLD ou de soins à domicile)	Activités de transit (par exemple, livraison de services de restauration, ramassage et dépôt de linge)	Entrée dans la chambre d'un patient/résident avec une IAVR soupçonnée ou confirmée	Masque médical* Blouse d'isolement, conformément à l'ÉRPS Gants, si on touche le patient/résident ou son environnement Protection oculaire
Triage	TS	Dépistage préliminaire d'impliquant pas de contact direct	S'il est possible de maintenir une distance physique d'au moins deux mètres ou de séparer par une barrière physique, utiliser les pratiques de base. S'il est impraticable de maintenir une distance physique d'au moins deux mètres ou de séparer par une barrière physique, porter un masque médical.
Triage	Patient avec une IAVR soupçonnée ou confirmée	Toute activité	Maintenir une distance physique d'au moins deux mètres ou séparer par une barrière physique. Fournir au patient et aux soignants qui l'accompagnent un masque médical* s'il est toléré et n'est pas contre-indiqué.
Salle d'attente	Patient avec une IAVR	Toute activité	Fournir au patient et aux soignants qui l'accompagnent un masque médical* s'il est toléré et n'est pas contre-indiqué.

Établissement de soins de santé	Individuel	Activité	ÉPI recommandé
	souçonnée ou confirmée		Déplacer immédiatement le patient dans une chambre individuelle ou dans une aire séparée à l'écart des autres patients ; si cela n'est pas possible, maintenir une distance physique d'au moins deux mètres par rapport aux autres patients.
Établissement de soins de santé	Transport d'un patient avec une IAVR souçonnée ou confirmée Transport d'un patient/résident soumis à des interventions présentant un plus grand risque de transmission (par exemple, une IMGA)	Transport de patient/résident	Si le transport est nécessaire, fournir un masque médical au patient/résident. Si le transport du patient/résident est nécessaire pendant une IMGA, fournir au patient un masque non ventilé avec un filtre viral expiratoire.

* Un respirateur N95 non certifié pour l'ajustement (ou équivalent) est considéré comme une alternative au masque médical.

†Un TS peut porter un respirateur N95 (certifié pour l'ajustement, l'étanchéité, ou équivalent). Le choix, l'utilisation, la formation et l'entretien des ÉPI, tels que les respirateurs N95, doivent être effectués conformément aux exigences d'un programme de protection respiratoire, telles que celles décrites dans la norme CSA Z94.4-18 (R2023), dans le [Règlement de l'Ontario 246/22](#) (pris en application de la *Loi sur le redressement des soins de longue durée, 2021*), dans le [Règlement de l'Ontario 67/93](#) (pris en application de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*) et/ou le [Règlement de l'Ontario 833](#) (pris en application de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*), selon le cas.^{7,9,72,230}

Pour plus d'informations sur le regroupement des patients/résidents en cohorte et les précautions supplémentaires à prendre au chevet des patients, consultez les [sections 1.5.2](#) et [1.5.3](#), respectivement.

Tableau 5. Éléments qui comportent des précautions supplémentaires pour les infections aiguës des voies respiratoires (en plus des pratiques de base)

Élément	Soins aigus	Soins continus complexes	Soins à long terme	Cliniques ambulatoires	Soins de santé à domicile
Accommodation	La porte peut être ouverte				Non applicable
	Chambre individuelle avec toilettes dédiées pour le patient, avec lavabo de préférence	Le patient/résident présentant les symptômes d'une IAVR doit si possible rester dans sa chambre ou son lit, ou porter un masque (s'il le tolère) si à moins de deux mètres des autres patients, jusqu'à ce qu'il ne soit plus contagieux.		Éloigner le patient/client de la salle d'attente vers une chambre individuelle dès que possible, ou maintenir une distance physique d'au moins deux mètres.	
	La constitution de cohortes de personnes atteintes du même agent infectieux, tel que confirmé en laboratoire, est acceptable.	Fermer le rideau d'intimité		Le patient/client doit porter un masque pendant toute la durée de la visite et se laver les mains.	
	Rester dans la chambre sauf s'il est nécessaire de la quitter à des fins diagnostiques, thérapeutiques ou de déplacement.				
Signalisation	Oui				Non applicable
Protection faciale	Dès l'entrée dans la chambre ou pour toute activité dans un rayon de deux mètres autour du patient/résident/client				
Gants	Pour toute activité dans la chambre ou le lit				
Blouse	Pour toutes les activités où la peau ou les vêtements entrent en contact avec le patient/résident/client ou son environnement				
Équipement et articles situés dans l'environnement	Dédié dans la mesure du possible				
	Nettoyer et désinfecter les objets partagés				Selon les pratiques de base
	Les chartes graphiques (sur papier ou électroniques) ne devraient pas être apportées dans la chambre				
	Nettoyage de routine. Nettoyer quotidiennement les surfaces fréquemment touchées dans le lit et la salle de bains, et avant				

Élément	Soins aigus	Soins continus complexes	Soins à long terme	Cliniques ambulatoires	Soins de santé à domicile
Nettoyage de l'entourage	d'interrompre les précautions prises à l'égard d'un patient/résident/client présentant une IAVR soupçonnée ou confirmée.				Nettoyage domestique de routine
	Enlever et laver tous les rideaux (intimité, douche) s'ils sont visiblement souillés et lors du nettoyage de sortie/transfert.				
Transport	Limiter le transport à ce qui est nécessaire pour les interventions diagnostiques ou thérapeutiques				Non applicable
	Le patient/résident/client doit porter un masque pendant le transport, s'il le tolère.				
	Le personnel chargé du transport doit porter une protection faciale; des gants et une blouse sont ajoutés en cas de contact direct avec le patient/résident/client pendant le transport. Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le transport après utilisation				
Communications	Il est important de communiquer efficacement sur les précautions à prendre avec les familles des patients/résidents/clients, les autres départements, les autres établissements et les services de transport avant le transfert.				

2.3.2 Durée des précautions supplémentaires

Les précautions supplémentaires doivent être appliquées jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de risque de transmission du micro-organisme ou de la maladie. Pour les patients/résidents/clients connus comme ayant été exposés à un risque élevé, les précautions supplémentaires peuvent être suspendues à la fin de la période d'incubation à compter du jour de la dernière exposition (jour 0).

Si une étiologie est établie chez les patients/résidents/clients symptomatiques, les précautions supplémentaires peuvent être arrêtées à la fin de la période de communicabilité (si celle-ci est connue). Voir l'annexe N : Syndromes/conditions cliniques avec niveau de précaution requis pour les infections spécifiques nécessitant une protection contre les gouttelettes et les contacts selon le document du CCPMI-PCI [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#)¹.

Si aucune étiologie n'a été déterminée chez un patient/résident/client symptomatique, réévaluer quotidiennement et cesser les précautions lorsque :

- La période d'incubation typique s'est écoulée depuis le transfert d'un patient/résident asymptomatique d'une unité touchée par une épidémie respiratoire, ou lorsque l'épidémie est déclarée terminée (selon la première occurrence).
- Le patient/résident présente un diagnostic autre qu'une infection respiratoire qui explique les symptômes (par exemple, bactériémie, urosepsie confirmée).
- Les symptômes respiratoires s'améliorent (par exemple, la toux, l'essoufflement, les besoins en fraction d'oxygène inspiré (FiO₂), la respiration sifflante, la production d'expectorations), la fièvre a disparu depuis au moins 24 heures.

2.4 Pratiques de base pour les interventions présentant un plus grand risque de transmission - Interventions médicales générant des aérosols

2.4.1 Le concept des interventions médicales générant des aérosols

Les virus respiratoires se transmettent le plus souvent et le plus facilement à courte distance par l'exposition à des particules respiratoires infectieuses dans l'air, mais l'infection peut également se produire par le dépôt du virus sur les muqueuses ou en touchant les muqueuses avec des mains souillées et contaminées par le virus^{14,231}. Certaines activités et interventions peuvent générer des volumes plus importants de particules respiratoires infectieuses sur tout le spectre des particules, incluant les très petites particules qui peuvent rester en suspension dans l'air pendant des périodes prolongées (historiquement appelées aérosols infectieux)¹³. Les données suggèrent que la transmission des IAVR, en particulier sur une longue distance, peut surtout se produire en cas de ventilation inadéquate et/ou de personne(s) très infectieuse(s), et qu'elle dépend d'une série de facteurs tels que la température ambiante, l'humidité, le débit d'air, la quantité et la taille des particules respiratoires, ainsi que la charge biologique d'agents pathogènes viables dans ces particules respiratoires¹⁴. Le concept des IMGA implique qu'une augmentation de la création et de la mobilisation de particules respiratoires, en particulier celles de très petite taille, peut comporter un risque plus élevé de transmission au personnel et aux patients/résidents/clients¹⁴.

Un volume plus important de particules respiratoires infectieuses (PRI) ne représente pas nécessairement en soi un risque accru de transmission. Il importe donc non seulement d'identifier les types d'interventions médicales et dentaires susceptibles d'augmenter la production de PRI, mais aussi d'examiner les données disponibles qui appuient l'augmentation du risque de transmission associé à ces interventions. Idéalement, les données probantes justifiant le classement de différentes interventions parmi les IMGA proviendraient principalement d'études épidémiologiques identifiant un certain type d'intervention comme étant systématiquement associé à un risque accru de transmission. L'augmentation du risque peut toutefois être liée soit à une augmentation du volume des petites PRI, soit à un contact étroit prolongé sans égard au volume ou à la taille des PRI. Le niveau de preuve inférieur suivant qui peut être considéré est celui des études qui ont utilisé une augmentation des virus viables dans les petites particules respiratoires générées par les AGMP comme substitut à une augmentation du risque. Toutefois, une augmentation du nombre de petites PRI ou du nombre de virus viables sans démonstration d'une augmentation du risque de transmission ne doit pas être considérée comme une preuve concluante pour déterminer qu'une intervention est une IMGA.

2.4.2 Un historique des interventions médicales générant des aérosols

Même si le concept de génération d'aérosols à partir d'une intervention médicale existe depuis des décennies, la terminologie des IMGA a attiré l'attention après la pandémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-1) en 2003 - une période au cours de laquelle les meilleures pratiques de PCI n'ont peut-être pas été appliquées de manière cohérente dans les établissements de soins de santé. Une étude systématique menée par l'OMS au lendemain de la pandémie qui portait sur le risque de transmission pour les TS qui ont pratiqué des interventions sur des patients infectés par le SRAS-CoV-1 a permis de constater que le fait d'être présent lors d'une intubation trachéale présentait le lien le plus fort avec un risque accru d'infection par le SRAS-CoV-1²³². Cette analyse documentaire a également indiqué que des études de moindre qualité indiquaient que le risque de transmission était

potentiellement plus élevé avec la ventilation non invasive (VNI), la trachéotomie et la ventilation manuelle avant intubation. Quoique cela soit basé sur des études de faible qualité, aucun risque significatif de transmission du SRAS-CoV-1 n'a pu être démontré pour les autres interventions évaluées.

Les recommandations du CCPMI-PCI [Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé](#)¹, s'appuient sur les données limitées existantes sur la transmission des IAVR par des interventions qui génèrent plus de particules respiratoires, notamment : l'intubation endotrachéale, la réanimation cardio-pulmonaire, l'aspiration des voies respiratoires ouvertes, la bronchoscopie, la chirurgie (des voies respiratoires) et l'autopsie, l'induction de l'expectoration, la VNI en cas d'insuffisance respiratoire aiguë (par ex, des voies respiratoires) et l'autopsie, l'induction d'expectorations, la VNI en cas d'insuffisance respiratoire aiguë (par exemple, la ventilation en pression positive à deux niveaux, la VPPC, la ventilation et l'oxygénothérapie à haut débit, la ventilation par oscillation à haute fréquence [VOHF]). À l'époque, en raison de l'absence de données probantes publiées sur la transmission, un débat existait à savoir si d'autres interventions médicales susceptibles de générer une plus grande quantité de particules respiratoires pouvaient augmenter le risque de transmission. Des exemples de ces interventions comprenaient : thérapies par nébulisation, VOHF, trachéotomie ou soins liés à la trachéotomie, physiothérapie thoracique, prélèvement d'écouvillons nasopharyngés ou d'aspirats nasopharyngés, thoracostomie par tube ou à l'aiguille.

Lors de la pandémie de COVID-19 de 2019, la liste des IMGA a été élargie sur la base de données limitées et en appliquant le principe de précaution pour inclure les interventions déjà mentionnées ainsi que : l'extubation et les interventions connexes (par exemple, la ventilation manuelle et l'aspiration profonde ouverte), les interventions de trachéotomie/trachéostomie (insertion/aspiration ouverte/retrait), certaines interventions dentaires (par exemple, fraisage à grande vitesse et détartrage par ultrasons), la VOHF, et l'oxygénothérapie à haut débit pour inclure explicitement l'administration par le biais d'une canule nasale³.

2.4.3 Définition actuelle des interventions médicales générant des aérosols

En vue de réconcilier et de réviser la longue liste des IMGA, une analyse exhaustive de la littérature ainsi qu'un examen des juridictions internationales ont été réalisés (voir l'[annexe B](#)) pour rechercher les données probantes les plus récentes et les plus accessibles au sujet de la transmission d'infections associées aux IMGA potentielles. Puisque données probantes relatives aux risques associés aux IMGA et à l'efficacité des mesures de contrôle sont de très faible qualité, il est vraisemblable que de nouvelles données puisse venir modifier l'évaluation, pour laquelle il n'existe actuellement aucun consensus parmi les experts. Les [interventions médicales couramment pratiquées et généralement considérées comme des IMGA \(Remarque 3\)](#) qui sont (très vraisemblablement) associées à un plus grand risque de transmission sur la base des informations disponibles sont résumées ci-dessous.

Remarque 3 : Interventions médicales couramment pratiquées et généralement considérées comme des IMGA

- Intubation, extubation et interventions connexes, p. ex., ventilation manuelle, aspiration ouverte
- Trachéotomie
- Bronchoscopie, laryngoscopie et endoscopie nasale
- Autopsie et interventions chirurgicales pertinentes[†]
- Ventilation non invasive à pression positive (p. ex., la ventilation spontanée en pression positive continue [CPAP], la ventilation à pression positive expiratoire à deux niveaux [BiPAP], la ventilation par oscillation à haute fréquence [HFOV])
- Certaines interventions de dentisterie (p. ex., le détartrage ultrasonique, l'emploi d'instruments rotatifs préhensibles à haute vitesse, les seringues trois usages et les aéropolisseurs)

[†] Interventions chirurgicales touchant les voies respiratoires où de grands volumes de particules respiratoires peuvent être mobilisés, par exemple l'utilisation d'appareils à haute vitesse, la trachéotomie.

Remarque : Le prélèvement d'un écouvillon nasopharyngé ou un écouvillonnage de la gorge ne sont pas considérés comme des interventions qui augmentent le risque de transmission²³³.

Bien que la liste des IMGA ne soit pas corroborée par une abondance de données scientifiques, la littérature publiée disponible sur ce sujet a été soigneusement récapitulée dans l'[annexe B](#). Les interventions pour lesquelles la littérature n'était pas disponible n'ont pas été prises en compte. [L'annexe B : Tableau B1 Analyse juridictionnelle : Classement des IMGA par organisme présente](#) une comparaison de la façon dont les différentes organisations classent les IMGA. Les organisations s'entendent assez bien pour classer dans la catégorie des IMGA l'intubation, l'extubation, l'aspiration, la ventilation manuelle, la trachéotomie, la VNI (par exemple, la VPPC et la ventilation en pression positive à deux niveaux), la chirurgie et les interventions d'autopsie, la bronchoscopie et les interventions impliquant des outils à haute vitesse telles que les interventions dentaires.

2.4.4 Implications relatives aux ÉPI pour les interventions médicales générant des aérosols

Pour éviter le dépôt de particules respiratoires sur les muqueuses et réduire le risque d'autocontamination, il est recommandé pour les membres du personnel d'utiliser des ÉPI tels que le masque médical, des blouses, des gants et des lunettes de protection (comme décrit dans la [section 2.3 Précautions supplémentaires en cas d'infections virales respiratoires aiguës](#)) lorsqu'ils se trouvent à moins de deux mètres d'un patient/résident/client soumis à une IMGA en cours, que ce dernier présente ou non des symptômes d'IAVR. Alternativement, un respirateur N95 certifié pour l'ajustement et pour l'étanchéité peut être employé en conformité avec l'ÉRPS. Les organisations sont par ailleurs libres de définir, dans le cadre de leurs propres politiques, l'obligation de porter des respirateurs N95 lors des IMGA pratiquées chez les patients/résidents/clients présentant une IAVR soupçonnée ou confirmée. Les données existantes sont toutefois insuffisantes pour recommander le port systématique de masques respiratoires N95 lors de ces interventions.

Il importe que les politiques organisationnelles exigent l'utilisation des respirateurs N95 lorsque des soins sont donnés à des patients/résidents/clients chez qui la tuberculose peut être non diagnostiquée (par exemple, dans les soins de routine et les interventions telles que l'expectoration induite, la bronchoscopie diagnostique ou d'autres IMGA) ou lorsque de nouveaux agents pathogènes respiratoires

sont soupçonnés ou confirmés (sur la base de l'épidémiologie, des antécédents de voyage, de l'exposition à des zoonoses, etc.)

- Consulter le document du CCPMI-PCI [Pratiques exemplaires de prévention, de surveillance et de contrôle des nouvelles infections respiratoires dans tous les milieux de soins](#)¹⁹.

Bien que la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) ne soit pas considérée comme une IMGA, le personnel soignant doit revêtir l'ÉPI (masque médical ou respirateur N95, lunettes de protection, gants et blouses) avant d'intervenir dans ces situations urgentes où l'intubation pourrait s'avérer nécessaire. Lors d'un arrêt cardiaque ou respiratoire, l'utilisation d'un respirateur N95 doit être envisagée puisque les TS n'auront vraisemblablement pas le temps de procéder à une évaluation complète des risques et de déterminer si le patient est atteint d'une infection pouvant nécessiter le port d'un respirateur N95 (par exemple, tuberculose non diagnostiquée, rougeole). Toutes les unités et tous les chariots d'urgence doivent par ailleurs être équipés du matériel suivant : un sac de réanimation manuel avec un filtre submicronique hydrophobe, des cathéters d'aspiration en ligne, un masque sans réinspiration pour filtrer les gaz expirés et l'ÉPI¹.

Bien qu'aucune association n'ait été montrée entre l'induction des expectorations et un risque accru de transmission des IAVR, il est recommandé d'utiliser un masque respiratoire N95 dont l'ajustement et l'étanchéité ont été vérifiés, puisque cette intervention vise typiquement l'obtention d'un échantillon chez un patient atteint d'une tuberculose soupçonnée ou confirmée. De plus, un appareil respiratoire N95 dont l'ajustement et l'étanchéité ont été vérifiés doit être porté pour les bronchoscopies diagnostiques et les autopsies, car il a été démontré que ces interventions exposent le personnel à des tuberculoses non diagnostiquées¹. Conformément aux pratiques de base, une protection faciale constante est également requise dans l'éventualité d'une fuite d'un système de ventilation mécanique (par exemple, aspiration ouverte, changement de filtre), ainsi que pour l'élimination des filtres utilisés dans la ventilation mécanique et le nettoyage/élimination des sacs et des filtres.

Les patients/résidents/clients soumis à une IMGA doivent dans la mesure du possible être placés dans une chambre individuelle avec la porte fermée, en particulier s'ils ont une IAVR soupçonnée ou confirmée, afin de réduire le risque de transmission à d'autres patients/résidents/clients. La constitution de cohortes de patients/résidents atteints de la même IAVR confirmée en laboratoire peut être envisagée, indépendamment des mesures d'IMGA en cours ou prévues. Par ailleurs, lorsqu'une IAVR est soupçonnée ou confirmée, les IMGA devraient idéalement être réalisées par des TS très expérimentés afin de réduire davantage les risques potentiels, et le nombre de personnes présentes dans la pièce au moment de l'intervention devrait être réduit au minimum. Toutes les IMGA facultatives devraient être ajournées jusqu'à ce que l'infection du patient/résident/client soit résolue, et seules les IMGA urgentes ou ne pouvant être reportées devraient être pratiquées sur les patients/résidents/clients présentant les symptômes d'une IAVR.

Exigences et recommandations pour les pratiques de base et les précautions supplémentaires pendant la saison des virus respiratoires

Exigences législatives

16. Un programme de sélection, d'utilisation, de formation et d'entretien des ÉPI, incluant les respirateurs N95, est requis dans les établissements de soins de santé^{7,8,72,73,230}.

Recommandations

17. Les patients/résidents/clients qui se présentent pour des soins dans un établissement de santé et montrent des symptômes d'IAVR doivent être priés de se laver les mains, de porter un masque, de respecter l'étiquette respiratoire et d'attendre dans une zone séparée ou, si la situation ne le permet pas, de respecter une distance physique d'au moins deux mètres par rapport aux autres patients/résidents/clients, dans la mesure du possible.
18. Les établissements de santé doivent s'assurer que tous les TS qui dispensent des soins à un patient/résident/client présentant des symptômes d'IAVR sont conscients de la nécessité d'instaurer et de maintenir des précautions supplémentaires pour les IAVR.
19. Une fois que la nécessité de précautions supplémentaires pour les IAVR a été établie, toute unité, tout établissement ou service de diagnostic d'accueil doit en être informé.
20. Les pratiques de base et les ÉRPS sont des composantes intégrales de la PCI et de la SST, et doivent être suivies et appliquées avant chaque rencontre, peu importe si une IAVR est soupçonnée ou confirmée.
21. Le port continu du masque doit être spécifiquement envisagé lors des périodes de haute transmissibilité, lors des contacts directs étroits et prolongés avec les patients/résidents/clients, en raison du risque de transmission et d'éclosion épidémique et en considérant la vulnérabilité d'une certaine population de patients/résidents/clients.
22. Lors de la prestation de soins directs à un patient/résident/client atteint d'une IAVR soupçonnée ou confirmée, il convient d'utiliser au minimum un masque médical ainsi qu'une protection oculaire, des gants et une blouse.
23. Les précautions supplémentaires pour les IAVR peuvent être levées lorsqu'il n'y a plus de risque de transmission. Pour les patients/résidents/clients qui ont été exposés à une IAVR, les précautions supplémentaires peuvent également être suspendues après la fin de la période d'incubation du virus respiratoire auquel la personne a été exposée.
24. Pour les IMGA (qu'un patient/résident/client soit atteint ou non d'une IAVR), l'ÉPI requis pour le personnel se trouvant à moins de deux mètres doit comprendre au minimum un masque médical, des blouses, des gants et une protection oculaire.
25. Les patients/résidents/clients soumis à une IMGA doivent dans la mesure du possible être placés dans une chambre individuelle avec la porte fermée, en particulier s'ils ont une IAVR soupçonnée ou confirmée.

3. Surveillance et éclosions des virus respiratoires

Une détection rapide des éclosions d'IAVR est essentielle, car elle permet d'instaurer des mesures à temps pour prévenir une exposition prolongée et généralisée des patients/résidents/clients et des travailleuses et travailleurs de la santé avant 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/résidents/clients et membres du personnel) et réunir les données ainsi recueillies afin de pouvoir repérer les éclosions.

3.1 Dépistage et surveillance des infections aiguës des voies respiratoires

Les IAVR peuvent être introduites dans les établissements de santé par les patients/résidents/clients, le personnel et/ou les fournisseurs de soins essentiels et les visiteurs. Le but du dépistage et de la surveillance est de repérer les personnes porteuses d'une IAVR qui pourraient constituer un risque pour autrui de façon à prendre des mesures préventives pour réduire ou éliminer les risques de transmission.

Les étapes requises pour le dépistage et la surveillance peuvent être intégrées lors du processus de création d'un algorithme de dépistage. Voir [l'annexe C : Exemple d'algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires](#).

3.1.1 Dépistage des infections respiratoires aiguës dans les établissements de soins de santé

De façon générale, le dépistage et la surveillance peuvent être effectués selon deux types de démarches : active et passive (voir [Remarque 4. Méthodes de dépistage/surveillance](#)). Chaque établissement de soins de santé devrait élaborer un système de surveillance sur la base de ces approches. La décision prise par un établissement de soins de santé quant à la démarche à adopter dépendra de l'aménagement des services/zones de soins pour résidents ou du cabinet/de la clinique, du type de soins dispensés et des risques de transmission (p. ex. un établissement où les contacts avec les patients/résidents/clients ont très rarement lieu face à face peut décider d'utiliser une démarche passive de dépistage et de surveillance). Certains établissements choisiront d'adopter une telle démarche lorsqu'il n'y a pas d'alerte médicale à l'échelle mondiale ni d'activité grippale ou d'IAVR au sein de la collectivité et de privilégier une démarche plus active lorsque le nombre de cas d'IAVR augmente.

De nombreux établissements de soins de santé ont recours à une combinaison d'approches actives et passives; p. ex., des affiches qui invitent les patients/résidents/clients présentant des symptômes à prendre des précautions, avec en complément des questions de contrôle posées par le personnel de la santé de premier contact dans l'établissement de soins de santé afin de confirmer que les patients/résidents/clients ont lu et compris l'affiche. Une approche combinée est tout particulièrement importante lorsque l'âge, la langue ou une invalidité pourrait empêcher les patients/résidents/clients de lire une affiche et de suivre les directives. On a généralement recours à une telle approche combinée dans les services d'urgence, dans les unités internes de soins actifs, de soins de longue durée, de soins complexes de longue durée, dans les hôpitaux de réadaptation et dans les services de soins ambulatoires (p. ex., clinique, cabinet de médecin). La surveillance est généralement limitée aux stratégies passives

pour les membres du personnel/travailleurs de la santé et les fournisseurs de soins/visiteurs. À noter que la surveillance passive concerne également des situations où l'information est transmise par les patients/résidents/clients ou les fournisseurs de soins/visiteurs sans qu'il soit nécessaire de leur demander ou de le rappeler; p. ex., dans les soins préhospitaliers (p. ex., services d'urgence) ou les visites de soins à domicile.

- Consulter [l'outil de surveillance des virus respiratoires en Ontario](#) pour obtenir des renseignements sur l'activité de ces virus en Ontario²³⁴.

Remarque 4. Méthodes de dépistage/surveillance

Exemples de dépistage/surveillance actif

- Les patients/résidents/clients sont interrogés concernant de possibles symptômes respiratoires dès leur arrivée aux points de premier contact d'un service clinique d'un établissement de soins de santé.
- Les patients/résidents des unités de soins internes et de résidence sont soumis à un contrôle quotidien pour détecter les symptômes respiratoires et un rapport récapitulatif des personnes symptomatiques est gardé.
- Consulter [l'annexe D](#), Exemple de formulaire de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires à l'arrivée en milieu de soins (démarche active), pour un exemple de formulaire de dépistage/surveillance pouvant être adapté à l'établissement de soins de santé concerné.
- Consulter [l'annexe G](#), Exemple d'outil de signalement et de surveillance quotidienne des infections aiguës des voies respiratoires pour les patients hospitalisés et en milieu résidentiel, pour un exemple de formulaire récapitulatif de surveillance active pouvant être adapté aux établissements de soins de santé.

Exemple de dépistage/surveillance passif

- On demande aux patients/résidents/clients et aux fournisseurs de soins de santé de s'autoévaluer et de s'autodépister en suivant les consignes indiquées sur des affiches.
- Consulter [l'annexe E](#), Exemple d'affiche utilisée pour le dépistage passif des infections aiguës des voies respiratoires à l'entrée des établissements de soins de santé, pour un exemple d'affiche pouvant être adaptée à un établissement de santé spécifique.
- Consulter [l'annexe F](#), Exemple d'affiche à l'intention des visiteurs des établissements de soins de santé, pour un exemple d'affiche pouvant être adaptée à un établissement de santé spécifique

3.1.2 Surveillance des patients/résidents/clients

3.1.2.1 Entretien initial

Il est nécessaire d'évaluer chaque patient, résident ou client durant l'entretien initial à l'établissement de soins de santé afin de détecter des symptômes d'IAVR et de consigner le fait que l'évaluation a eu lieu.

Bien qu'un outil papier manuscrit puisse être utilisé pour consigner les activités de dépistage/surveillance, il est préférable que les établissements de soins de santé aient recours à un outil électronique; consulter l'[annexe D : Exemple de formulaire de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires à l'arrivée en milieu de soins \(démarche active\)](#). Les établissements de soins de santé devraient instaurer une pratique consistant à signaler dans le dossier (électronique) du patient/résident lorsqu'une IAVR est soupçonnée ou confirmée et que des précautions ont été prises.

3.1.2.2 Surveillance quotidienne en continu pour les patients hospitalisés ou résidents

Les patients/résidents devraient être testés afin de détecter les symptômes d'IAVR dès leur admission/arrivée, puis faire l'objet d'une surveillance quotidienne pour détecter les symptômes d'IAVR et, idéalement, au moins deux fois par jour pendant leur hospitalisation (consulter l'[annexe C : Exemple d'algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires](#) et l'[annexe H : Symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires](#)). Parmi les méthodes de dépistage figurent les rapports du personnel infirmier, les examens de dossier, les rondes du personnel de prévention et de contrôle des infections, l'utilisation d'outils de surveillance, les rapports de laboratoire, l'examen des traitements ainsi que les observations cliniques.

- [Consulter l'annexe G : Exemple d'outil de signalement et de surveillance quotidienne des infections aiguës des voies respiratoires pour les patients hospitalisés et en milieu résidentiel](#), pour un exemple de tableau pouvant être utilisé afin de faire un suivi des IAVR dans l'établissement de santé.

Les patients/résidents/clients symptomatiques doivent être soumis aux précautions supplémentaires et subir un test de dépistage des IAVR. Il est essentiel de repérer de façon précoce les patients/résidents présentant des symptômes associés aux IAVR pour prévenir et déceler les éclosions. De plus, la PCI doit être avisée de tout nouveau patient/résident/client manifestant des symptômes associés aux IAVR. Chaque nouveau cas d'IAVR déclaré dans l'établissement de soins de santé doit donner lieu à une enquête. Il faut déterminer si l'infection a été acquise dans l'établissement et les mesures appropriées doivent être prises pour contenir la transmission et vérifier s'il y a d'autres cas.

3.1.3 Surveillance du personnel

Les travailleurs de la santé qui présentent des symptômes d'IAVR devraient suivre une procédure établie pour en informer leur responsable et le signaler au service SST ou au service compétent, selon les politiques organisationnelles, et devraient être présents au travail uniquement si cela concorde avec la politique de retour au travail de l'institution. Les membres du personnel ayant des symptômes devraient suivre les recommandations de test de la SST, le cas échéant. Le superviseur ou tout autre responsable qui repère des grappes de membres du personnel ayant une IAVR doit le signaler aux services SST et de PCI.

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 en informer la direction et la PCI si elle soupçonne une éclosion. Pour de plus amples détails, consulter la [section 3.4 Repérage d'une éclosion](#).

3.1.4 Dépistage des infections respiratoires aiguës dans les services de soins à domicile

Le dépistage/la surveillance pour les clients qui bénéficient de soins à domicile doit être continu et suivre différentes approches. Par exemple :

- Lorsqu'un patient nécessitant des précautions accrues en matière de prévention et de contrôle des infections reçoit son congé de l'hôpital, le personnel hospitalier devrait veiller à ce que ce renseignement soit transmis à l'organisme fournissant des soins à domicile et demander au patient ou à un membre de sa famille d'en informer le fournisseur de soins à domicile.
- L'organisme chargé des soins devrait téléphoner à tout nouveau client avant la première visite pour lui demander s'il présente des symptômes d'I AVR et lui demander d'aviser le personnel de soins à domicile si des symptômes respiratoires apparaissent. Si l'organisme ne peut joindre un client par téléphone, le fournisseur de soins de santé devrait alors lui poser ces questions avant de lui proposer ses services.
- Pour les visites suivantes, on peut demander au client (ou à un membre de la famille) de s'autoévaluer pour détecter tout symptôme d'I AVR et d'en informer les fournisseurs de soins de santé à domicile le cas échéant, ou le fournisseur de soins de santé peut vérifier en posant des questions au début de chaque visite si des personnes présentent des symptômes d'I AVR.

Le type de démarche adoptée par un organisme dépendra de l'ancienneté du client (patient nouveau ou de longue date) et de sa capacité (ou de celle de sa famille) de s'autoévaluer. Lorsqu'un client bénéficiaire de soins à domicile présente les symptômes d'une I AVR, le personnel doit utiliser des ÉPI et des mesures de prévention appropriées, y compris des précautions supplémentaires contre les I AVR. Voir le [tableau 5. Éléments qui comportent des précautions supplémentaires pour les infections aiguës des voies respiratoires \(en plus des pratiques de base\)](#).

3.2 Consignation et signalement des infections aiguës des voies respiratoires

Le signalement des I AVR est nécessaire pour s'assurer que les établissements de soins de santé, la PCI et les autorités de santé publique ont les renseignements dont ils ont besoin pour prévenir et maîtriser la diffusion des I AVR. Chaque établissement de soins de santé devrait élaborer un cadre de travail pour les signalements afin de s'assurer que les exigences de communication des résultats sont satisfaites. Les médecins et les administrateurs/directeurs et/ou la PCI ont l'obligation d'informer les services de santé publique si des patients/résidents ont ou ont potentiellement une maladie importante sur le plan de la santé publique, ainsi que s'il existe²³⁵ :

- des grappes ou éclosions d'I AVR inhabituelles
- des cas individuels symptomatiques ayant voyagé récemment, si cela paraît pertinent ou si cela est demandé par le système de signalement provincial/territorial ou fédéral, ou les contacts symptomatiques de ces cas.
- Les conseils de santé aux voyageurs peuvent aider dans l'évaluation des risques pertinents.

Pour en savoir plus sur les alertes de santé pour les voyageurs, voir les [Conseils de santé aux voyageurs](#) de l'Agence de la santé publique du Canada²³⁶.

Une communication efficace avec les services de santé publique peut faciliter le repérage précoce d'une éclosion. Les établissements de soins de santé qui font face à une éclosion d'IAVR doivent communiquer à l'interne et à l'externe sur la progression de l'épidémie lorsqu'un patient/résident est transféré dans un autre milieu de soins. Pour en savoir plus sur les obligations de signalement auprès des autorités de santé publique, voir le [Règlement de l'Ontario 569](#) pris en application de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*²³⁵.

Pour la classification des cas d'IAVR et la détection des éclosions, consulter la [section 3.2.2 Déterminer si un cas doit être classé comme nosocomial](#), et la [section 3.3 Infections respiratoires aiguës – Considérations à propos des éclosions](#) et [section 3.4 Repérage d'une éclosion](#).

3.2.1 Signalement des travailleuses et travailleurs de la santé présentant une infection aiguë des voies respiratoires

Une liaison étroite entre la PCI et la SST est essentielle pour assurer la gestion de la période post-exposition et des éclosions, notamment la localisation des contacts. La SST doit signaler les foyers d'IAVR parmi le personnel de la santé sous forme anonyme/agrégée auprès de la PCI afin d'assurer le droit à la confidentialité des travailleurs de la santé. La SST ou un service désigné doit informer les services de santé publique des cas de personnel de la santé souffrant ou pouvant être atteint d'une maladie significative du point de vue de la santé publique²³⁷.

Le diagnostic d'une IAVR chez un membre du personnel doit donner lieu à une notification des partenaires clés (voir [section 3.1.3 Surveillance du personnel](#)) selon le processus d'information approprié. En outre, les mesures suivantes doivent être prises :

- S'assurer que les membres du personnel sont au courant du diagnostic, observent la politique de retour au travail et reçoivent les instructions appropriées sur l'auto-isolement au travail et sur la façon d'obtenir des soins médicaux le cas échéant.
- Réaliser une recherche des contacts en amont et en aval pour repérer tous les patients/résidents/clients 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/résidents/clients ayant subi une exposition à risque élevé.
- Déterminer s'il existe une probabilité raisonnable que l'IAVR soit nosocomiale.
- Déterminer s'il y a ou s'il y a eu dans le même service d'autres patients/résidents 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 tard quatre jours après avoir été informé, 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 lieu. Pour les obligations de signalement en vertu de la loi, voir la [Loi sur la protection et la promotion de la santé](#) et la [Loi sur la santé et la sécurité au travail](#)^{237,238}. Pour en savoir plus sur le signalement des incidents et des maladies sur le lieu de travail, voir le [ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences](#)²³⁹.

3.2.2 Déterminer si un cas doit être classé comme nosocomial

Pour déterminer si une infection doit être considérée comme nosocomiale, le délai entre l'admission et l'apparition des symptômes (ou la date du test positif), en tenant compte de la période d'incubation du virus spécifique, est un élément clé. Voir le [tableau 6 Cadre pour le classement des cas de patients/résidents](#). Plus le patient/résident a été admis dans l'établissement de santé longtemps avant l'apparition des symptômes ou avant un test positif, plus il est probable que le cas soit nosocomial. Par exemple, pour un patient/résident qui présente une IAVR symptomatique après son admission dans un établissement de santé dans un délai en dehors de la période d'incubation du virus spécifique, son infection serait considérée comme nosocomiale. À l'inverse, pour un patient/résident qui présente un test positif un jour après son admission, son infection serait considérée comme un cas communautaire. Dans le cadre d'une surveillance de routine, un délai arbitraire de 48 heures est généralement retenu pour la survenue des symptômes après l'admission. Cependant, si le virus, et par conséquent sa période d'incubation, est connu, une approche plus nuancée peut être utilisée; on regarde par exemple la période moyenne d'incubation.

Pour les patients/résidents admis entre la période d'incubation minimale et maximale au moment du test positif et/ou de la survenue des symptômes, une évaluation et la prise en considération des facteurs suivants sont nécessaires :

- Toute exposition connue au sein de la collectivité et dans un établissement de santé à une IAVR (confirmée).
- Le nombre total de cas nosocomiaux confirmés parmi les patients/résidents et membres du personnel actuellement dans l'unité affectée.
- Le niveau de transmission communautaire. Ceci est particulièrement important pour déterminer comment attribuer les cas chez les membres du personnel, mais devrait également être pris en considération pour les cas de patients/résidents (p. ex., deux cas positifs ou plus sont possibles suite à l'introduction répétée d'un virus dans un établissement depuis le milieu communautaire et cela n'est pas forcément dû à une transmission soutenue pendant la haute saison des IAVR).

Tableau 6. Cadre pour le classement des cas de patients/résidents

Durée d'admission avant apparition de symptômes ou de test positif	Exposition communautaire	Exposition à l'hôpital	Pas d'exposition connue
Inférieure à la période d'incubation minimale depuis l'admission	Associée à la communauté	—	Acquis dans la communauté
Entre la période d'incubation minimale et maximale depuis l'admission	Probablement associée à la communauté	Probablement associée au milieu de santé	Dans le doute, considéré comme associé au milieu de santé au-delà de la période d'incubation moyenne

Durée d'admission avant apparition de symptômes ou de test positif	Exposition communautaire	Exposition à l'hôpital	Pas d'exposition connue
Supérieure à la période d'incubation maximale depuis l'admission	S.O. [#]	Associée au milieu de santé	Associée au milieu de santé

[§]Les patients présentant une IAVR à l'hôpital, mais qui ont été hospitalisés pendant la période d'incubation doivent également être considérés comme ayant possiblement une IAVR nosocomiale ou une IAVR pouvant être attribuée à un autre établissement de santé.

[#]Les patients/résidents bénéficiant d'un laisser-passer quotidien doivent être évalués au cas par cas.

Remarque : Ce classement ne s'applique pas aux patients externes (comme les patients en dialyse) qui présentent de fréquentes expositions communautaires.

3.2.3 Examen initial d'un unique cas nosocomial d'infection respiratoire aiguë chez un patient/résident

Si un patient/résident reçoit un diagnostic d'IAVR, les partenaires doivent être avisés sur-le-champ (voir la [section 3.1.2 Surveillance des patients/résidents/clients](#)) et une enquête doit être immédiatement engagée. L'objectif de l'enquête est le suivant :

- Vérifier que le patient/résident 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).
- Réaliser une recherche des contacts pour repérer les patients/résidents et les visiteurs qui ont été exposés au patient et assurer la prise en charge adéquate des patients/résidents non protégés ayant subi une exposition à risque élevé. Par exemple, les patients/résidents qui partagent la même chambre ou les patients/résidents exposés aux membres du personnel qui ont prodigué des soins directs à la personne infectée au cours de sa période infectieuse. Si les membres du personnel portaient en permanence des masques médicaux, ce n'est généralement pas considéré comme une exposition à risque élevé. Les visiteurs exposés doivent en être informés 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.
- Déterminer s'il existe une probabilité raisonnable que l'IAVR soit nosocomiale.
- Déterminer s'il y a ou s'il y a eu dans le même service d'autres patients/résidents ou membres du personnel symptomatiques qui doivent faire l'objet d'une enquête.

3.3 Infections respiratoires aiguës – Considérations à propos des éclosions

Avec la circulation des virus respiratoires dans la communauté, les IAVR sont introduites de façon répétée dans les milieux de soins de santé, soit parce qu'un patient/résident a été admis pendant la période d'incubation d'une infection communautaire, soit en raison de l'introduction et de la transmission par un membre du personnel, un fournisseur de soins essentiels ou un visiteur, ou toute autre personne qui ne réside pas dans l'établissement. En l'absence d'autres transmissions, celles-ci

restent des cas isolés qui sont courants en période de circulation des virus respiratoires. En présence d'une transmission non expliquée dans un établissement, la déclaration d'une écloison et la mise en place de mesures de lutte contre l'écloison sont nécessaires.

La transmission en milieu de santé est encore plus délicate à reconnaître parmi les membres du personnel et parmi les patients externes, tels que les patients dialysés, qui se déplacent en permanence entre le milieu de santé et la communauté. Il faut donc faire preuve de jugement avant de déclarer une écloison d'IAVR, car les perturbations qui en résulteraient pourraient porter atteinte aux soins apportés aux patients/résidents. Pour la mise en place des mesures de lutte contre les éclosions, il faut tenir compte de l'équilibre entre les perturbations et les risques pour les soins aux patients/résidents et leurs besoins physiques, psychologiques, émotionnels et spirituels. Il faut faire preuve de pédagogie auprès des patients/résidents (et de leurs familles) concernant les raisons et l'étendue des précautions supplémentaires une fois celles-ci mises en œuvre.

Une définition de cas devrait être élaborée pour chaque écloison et modifiée si nécessaire afin de s'assurer que la majorité des cas sont couverts par cette définition.

Consulter les documents du ministère de la Santé :

- [Appendix 1: Case Definitions and Disease-Specific Information. Disease: Respiratory Infection Outbreaks in Institutions and Public Hospitals](#)²⁴⁰ [en anglais seulement] voir sous la lettre « R » de la section Protocole concernant les maladies infectieuses des Normes de santé publique de l'Ontario)²⁴⁰
- [Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif](#)¹⁸

Remarque 5. * Infections respiratoires aiguës – Considérations à propos des écloisions

Quand soupçonner une écloision d'IAVR* :

Au moins deux patients/résidents ayant reçu une confirmation du laboratoire d'une IAVR avec le même virus (par test PCR, test moléculaire rapide ou test antigénique rapide) dans une zone spécifique (unité/étage/service), avec apparition des symptômes dans une période de 48 heures pendant laquelle au moins deux cas auraient raisonnablement pu apparaître dans la zone spécifique de l'établissement de santé.²⁴⁰

OU

Au moins trois cas avec apparition des symptômes en 48 heures† dans une zone spécifique de l'établissement de santé lorsqu'il n'est pas possible de réaliser des tests en temps utile et que les cas ne peuvent pas être confirmés par le laboratoire.

Points à examiner en cas de suspicion d'écloision d'IAVR

Lorsque l'expertise de la PCI est disponible, cette définition ne peut être invoquée à elle seule pour justifier la déclaration d'une écloision. À la place, en accord avec l'équipe de gestion des écloisions (ÉGÉ) et le bureau de santé publique (PHU), il faut prendre en compte le risque d'une transmission soutenue dans la zone spécifique. Si une transmission soutenue est soupçonnée, une écloision d'IAVR doit être déclarée.

Lorsqu'il n'y a pas accès à l'expertise de la PCI, il faut se référer aux nombres de cas indiqués ci-dessus pour déclarer une écloision.

Le médecin hygiéniste a l'autorité ultime en cas de désaccord.

Il est préférable de tester les patients/résidents avec un test PCR multiplex.

† Dans certaines circonstances (p. ex., virus avec une période d'incubation plus longue), plus de 48 heures peuvent s'écouler entre plusieurs cas, et cela peut tout de même être une indication de transmission soutenue et nécessiter la déclaration d'une écloision.

Pour les écloisions suspectes, des mesures de lutte appropriées doivent être mises en œuvre selon une approche par étapes. En présence d'une écloision d'IAVR, les établissements de soins de santé devraient amorcer toutes les mesures de lutte appropriées et doivent contacter leur bureau de santé publique local (voir la [section 3.2 Consignation et signalement des IAVR](#)) et suivre les procédures de gestion des écloisions adéquates.

Pour des conseils de prévention, de détection et de gestion des écloisions d'infections des voies respiratoires dans les établissements de soins de longue durée et autres établissements, consulter également :

- [Ministère de la Santé : Recommandations pour la prévention et le contrôle des écloisions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif¹⁸](#)

Le [Règlement de l'Ontario 569](#) pris en application de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* définit clairement le type de renseignements que les hôpitaux et les autres établissements de santé ont l'obligation de signaler en lien avec les éclosions d'infections des voies respiratoires²³⁵.

3.4 Repérage des éclosions

Lorsque des grappes de patients/résidents symptomatiques sont repérées (voir la [section 3.1 Dépistage et surveillance des cas d'infections aiguës des voies respiratoires dans les établissements de santé](#)) dans un service ou en association avec une autre épidémiologie (p. ex., services de consultations externes), les résultats des tests doivent si possible être accélérés. En cas de suspicion d'éclosion, il faut en informer les responsables de la zone concernée, la SST et la santé publique (généralement par la PCI le cas échéant). Une action immédiate est requise en présence d'un seul cas d'IAVR lorsqu'une transmission nosocomiale est possible. ([Voir la section 3.5.1 Aperçu des mesures immédiates.](#))

3.4.1 Grappes de cas parmi le personnel

La plupart des éclosions d'IAVR comportent des infections à la fois chez les patients/résidents/clients et le personnel d'un service ou d'une unité. Il peut être difficile de déterminer si on est en présence d'une éclosion lorsque les quelques infections confirmées touchent uniquement le personnel. En effet, l'absence de cas du côté des patients peut avoir plusieurs causes :

- Une éclosion d'IAVR dans une unité où aucune infection n'a encore été décelée chez les patients/résidents, et où on attend des résultats de tests.
- Une transmission sur le lieu de travail, mais exclusivement entre membres du personnel (p. ex., transmission en salle de repos).
- Une éclosion non circonscrite à une unité et pour laquelle 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 pour laquelle 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.

Le traçage des contacts afin de repérer les patients/résidents/clients exposés est critique pour s'assurer que les cas chez les membres du personnel ne résultent pas et n'entraîneront pas une transmission soutenue. Cependant, les cas d'IAVR parmi le personnel sans cas parmi les patients/résidents/clients ne requièrent généralement pas de déclaration d'éclosion lorsque d'autres mesures sont mises en œuvre pour prévenir une éventuelle transmission soutenue (voir la [section 3.3 Infections respiratoires aiguës – Considérations à propos des éclosions](#)). Cependant, le repérage de foyers inhabituels chez le personnel devrait être communiqué au bureau de santé publique et conduire à une recherche de cas chez les patients/résidents. Les cas parmi le personnel associés à une éclosion doivent être signalés au bureau de santé publique et indiqués dans la liste des éclosions. Voir la [section 3.1.3 Surveillance du personnel](#) pour la gestion des cas d'IAVR chez le personnel.

3.4.2. Grappes d'infections respiratoires aiguës dans les chambres à plusieurs lits

La déclaration d'une éclosion n'est pas forcément requise pour les grappes limitées à une chambre à plusieurs lits, même si celle-ci dépasse le seuil numérique d'une éclosion (p. ex., un des patients/résidents a reçu avec un délai son diagnostic d'IAVR acquise dans la communauté ou exposition à un visiteur ou membre du personnel infectieux avec transmission aux compagnons de chambre sans transmission au-delà de la chambre). De même, la détection d'un petit nombre de cas éventuellement nosocomiaux pendant une période de forte transmission d'IAVR dans la collectivité n'est pas nécessairement liée à une transmission soutenue dans l'établissement, de sorte qu'il pourrait ne pas être nécessaire de déclarer une éclosion.

Le [tableau 6](#) présente un cadre de classement pour la surveillance des cas de patient/résident. Comme indiqué à la [section 3.3](#), le repérage de deux cas nosocomiaux ne doit pas automatiquement entraîner la déclaration d'une éclosion; cependant, un seul cas nosocomial doit déclencher une enquête.

3.5 Investigation et gestion des éclosions

Lorsqu'une éclosion potentielle d'IAVR est repérée au sein d'un établissement de santé, les partenaires clés doivent en être informés; notamment (le cas échéant) la direction de l'établissement de santé, la PCI, la SST, les CMSS et le laboratoire de microbiologie. Les établissements de soins de santé doivent informer en temps utile (c.-à-d., idéalement le même jour, ou dès que possible) leur bureau de santé publique local en cas de suspicion d'éclosion ou d'éclosion confirmée¹⁸. De plus, les foyers de soins de longue durée doivent immédiatement signaler les éclosions d'IAVR confirmées auprès du ministère des Soins de longue durée en suivant le système de déclaration des incidents graves de l'article 115 du [Règlement de l'Ontario 246/22](#) pris en application de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*²³⁰.

Pour d'autres directives relatives aux établissements de soins de longue durée et autres établissements, consulter :

- Ministère de la Santé : [Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif](#)¹⁸

L'enquête sur une éclosion d'IAVR et sa gestion doivent être réalisées simultanément. Procéder au test de tous les patients/résidents symptomatiques en temps utile constitue le fondement de l'enquête initiale (p. ex., pour déterminer l'ampleur de l'éclosion) et de sa maîtrise (p. ex., afin de s'assurer que les patients/résidents positifs soient isolés et que les membres du personnel symptomatiques ne travaillent pas tant qu'ils n'ont pas été déclarés aptes par la SST). Les fournisseurs de soins essentiels qui restent dans le service auprès des patients/résidents doivent également être inclus dans l'enquête sur l'éclosion (p. ex., les membres du personnel de pédiatrie), mais ne sont pas régulièrement testés.

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.

3.5.1 Aperçu des mesures immédiates

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

- Fermer les admissions au service (si possible et lorsque cela est approprié).
- Réduire le personnel présent dans le service autant que possible afin de limiter la transmission à d'autres services/patients/résidents.
- Lorsque c'est possible, placer tous les patients positifs dans des chambres individuelles ou les regrouper en cohorte, et mettre une affiche précisant les précautions supplémentaires qui sont prises.
- Tester tous les patients/résidents du service où l'écloison a été repérée pour confirmer les symptômes d'I AVR. La PCI doit être informée de tous les patients/résidents symptomatiques, qui doivent être placés dans des chambres individuelles avec accès à un cabinet de toilette privé, lorsque c'est possible, et subir un test de dépistage des I AVR. Les patients/résidents exposés installés dans différentes chambres ne doivent pas être regroupés lorsque cela est possible parce que le risque qu'une I AVR survienne chez l'un d'eux à la suite de son exposition initiale réexposerait les autres. Consulter la [section 1.5 Placement des patients/résidents atteints d'infection aiguë des voies respiratoires](#) pour plus de détails sur le regroupement.
- Tracer les contacts des patients/résidents – placer les patients/résidents exposés (p. ex., compagnons de chambre des cas positifs, expositions prolongées à du personnel infectieux et sans masque) en chambres individuelles lorsque c'est possible.
- Les membres du personnel doivent s'autosurveiller pour repérer les symptômes, et le personnel symptomatique doit suivre les recommandations des services de SST pour le retour au travail. La SST doit au besoin évaluer le personnel exposé et ce personnel doit être géré selon les politiques et procédures de l'établissement (qui requièrent généralement une autosurveillance). Si les membres du personnel portaient en permanence des masques médicaux, ce n'est généralement pas considéré comme une exposition à risque élevé.
- La PCI doit informer la SST des nouveaux cas de patients/résidents et la SST doit informer la PCI des nouveaux cas parmi le personnel afin de repérer de façon précoce les écloisions et de permettre un rapide traçage des contacts des patients/résidents et du personnel.
- En général, les patients/résidents devraient être confinés dans leurs chambres, sauf pour les interventions et tests médicaux essentiels. La prise en compte du risque ou des avantages de mettre en pause les activités (p. ex., repas en groupe et thérapie ou activités de groupe) doit se faire en consultation et à la discrétion de l'équipe de gestion des écloisions (ÉGÉ)/bureau de santé publique. Les facteurs pouvant conduire à mettre en pause les activités doivent inclure : capacité à se regrouper, incidence sur la santé mentale et le bien-être du patient/résident, étendue et dynamique de l'écloison.
- Arrêter les admissions et les transferts dans le service concerné lorsque cela est possible jusqu'à ce que la situation soit réévaluée par l'ÉGÉ.
- Restreindre l'accès aux visiteurs conformément à la politique de l'établissement sur les écloisions. En règle générale, l'accès des fournisseurs de soins essentiels ne devrait pas être restreint.

- Planifier une réunion de l'ÉGÉ idéalement dans les 24 heures ou le jour ouvrable suivant le repérage initial de l'éclosion; voir la [section 3.5.2 Réunion de l'équipe de gestion des éclosions](#).
- Idéalement, les visiteurs et les fournisseurs de soins essentiels exposés doivent en être informés et se voir interdire l'accès à l'établissement, sauf dans des circonstances précises en accord avec la politique de l'établissement sur les visiteurs, après examen par la PCI.

3.5.2 Réunion de l'équipe de gestion des éclosions

Les mesures nécessaires pour lutter contre les éclosions doivent être initiées immédiatement et l'ÉGÉ doit se réunir rapidement après la découverte d'une éclosion (au plus tard le jour ouvrable suivant). Tous les partenaires pertinents doivent être inclus. La composition de l'ÉGÉ peut différer selon l'établissement, cependant de façon générale ses réunions doivent inclure : direction des soins et de l'administration des zones touchées (y compris les responsables des soins infirmiers et des médecins, PCI, SST, santé publique, équipes de microbiologie et de communication, et services environnementaux). Il faut également envisager d'inclure les responsables des services techniques/de l'établissement, l'équipe de gestion des risques, la pharmacie (pour la prophylaxie en cas d'éclosion de grippe) et éventuellement d'autres partenaires clés pertinents.

Le rôle de l'ÉGÉ consiste à évaluer les données épidémiologiques, cliniques et microbiologiques, et également de confirmer la situation du service face à l'éclosion. L'ÉGÉ doit également 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 une séance de bilan et une analyse des causes premières afin de cerner les enseignements à retenir.

Les réunions doivent se poursuivre selon une fréquence dictée par l'évolution de la situation; avec des réunions selon la fréquence nécessaire durant la phase initiale de l'éclosion et jusqu'à ce que la situation soit sous contrôle. Pour les éclosions sans transmission supplémentaire après son repérage, des réunions de suivi ne sont, la plupart du temps, pas nécessaires.

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

- Courbe épidémique et/ou liste et autres données et outils épidémiologiques pertinents (occupation des lits, liens entre les cas révélés par la recherche des contacts, etc.).
- Nouveaux cas positifs confirmés, nouveaux cas de patients/résidents et membres du personnel symptomatiques et nouveaux patients/résidents exposés.
- Situation clinique des cas de patients/résidents et de membres du personnel, y compris les décès.
- Congés, transferts et admissions de patients/résidents prévus, s'il n'est pas possible de fermer l'unité, ou si cela n'est plus jugé nécessaire.
- Disponibilité d'ÉPI 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.

- Pratiques de la SST et de la PCI (p. ex., évaluer les résultats de l'hygiène des mains et du port des ÉPI, pratiques de nettoyage de l'environnement et de désinfection de l'équipement) et formations pour assurer la mise en œuvre de bonnes pratiques.
- Erreurs de diagnostic ou de surveillance (p. ex., défaillance dans le repérage des symptômes typiques ou atypiques des IAVR, non-signallement des symptômes, erreur de laboratoire, mauvaise interprétation des tests de laboratoire, etc.).
- Taux de vaccination du personnel (le cas échéant; p. ex., éclosions de grippe ou de COVID-19).
- Facteurs spécifiques associés aux patients/résidents/clients (p. ex., non-respect des règles par un patient/résident/client, visiteurs malades présents dans l'unité, patient/résident symptomatique déambulant dans l'établissement, faibles taux de vaccination parmi les patients/résidents).
- Facteurs environnementaux (p. ex., surcapacité et patients présents dans des espaces avec lits non conventionnels, chambres à plusieurs lits avec des lits distants de moins d'un mètre, mauvaise ventilation, environnements congestionnés et encombrés).
- État des mesures de contrôle décidées aux réunions précédentes (le cas échéant).
- Intégration des données ci-dessus et prise en compte des éléments probants reçus des audits pratiques et du personnel concernant comment, quand et pourquoi la transmission se produit et l'efficacité des mesures prises.
- Mesures supplémentaires proposées associées à l'enquête et la gestion de l'éclosion (p. ex., amélioration du nettoyage de l'environnement, restrictions pour les visiteurs).
- Le plan de communication.
- Les critères permettant de déclarer la fin de l'éclosion et la date de fin la plus proche possible (c.-à-d., en l'absence de nouveaux cas).

Lorsqu'une éclosion est soupçonnée, mais pas (encore) confirmée, certaines des mesures ci-dessus peuvent éventuellement être mises en œuvre. Il faut communiquer avec des partenaires clés (p. ex., responsable de service et direction générale) afin de déterminer quelles mesures doivent être mises en œuvre.

3.5.3 Communication

L'efficacité des communications est essentielle au contrôle des éclosions. En effet, des communications internes claires et transparentes dans la zone de contamination et dans d'autres zones de l'établissement de santé 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. Parfois, communiquer avec les partenaires communautaires peut être nécessaire.

Les éclosions d'IAVR peuvent aussi causer de l'anxiété chez les patients/résidents et leurs familles. Il est important de communiquer clairement avec les patients/résidents et leurs familles, avec les fournisseurs de soins essentiels et avec les visiteurs, par exemple en rédigeant une lettre à l'intention des patients/résidents 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 des autres unités et services de l'éclosion et des mesures qui ont été prises.

3.6 Stopper la transmission dans l'unité touchée par une éclosion

Tous les patients/résidents et membres du personnel d'une unité touchée par une éclosion peuvent être considérés comme présentant un risque accru de contracter une IAVR. Le traçage des contacts des patients/résidents et membres du personnel positifs doit se faire rapidement en collaboration avec la PCI et la SST. Il est important de rapidement repérer les contacts des patients/résidents à haut risque (p. ex., les compagnons de chambre des cas confirmés ou les personnes en contact prolongé avec du personnel infectieux qui ne portait pas de masque). Ces personnes doivent faire l'objet de précautions supplémentaires puisqu'elles présentent un risque élevé de survenue d'une IAVR et peuvent déjà présenter une IAVR symptomatique ou asymptomatique (recherche des contacts en aval), et/ou peuvent avoir été transférées vers d'autres unités ou établissements avant en être informés. Lors de la priorisation pour un placement optimal des contacts de patients/résidents à haut risque sous précautions supplémentaires pour IAVR, il faut prendre en considération le taux de conversion des compagnons de chambre par rapport à divers virus respiratoires. Il faut aussi, dans la mesure du possible, remonter la chaîne de transmission jusqu'à l'introduction du virus dans l'unité (recherche des contacts en amont) pour établir la période de risque, repérer les éventuels autres cas et situations d'exposition, et pallier les défaillances dans les politiques ou les pratiques qui ont pu contribuer à l'éclosion.

L'établissement doit se tenir au fait des nouvelles infections en effectuant un dépistage régulier des symptômes chez le personnel et les patients/résidents. Idéalement, les patients/résidents devraient être testés deux fois par jour. Lorsque des symptômes apparaissent, les patients/résidents doivent être rapidement testés et faire l'objet de précautions supplémentaires, idéalement dans une chambre individuelle avec cabinet de toilette privé. Les soignants qui restent dans l'unité (p. ex., une unité de pédiatrie) devraient faire l'objet d'une évaluation quotidienne de leurs symptômes.

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. Au cours d'une éclosion, il peut être utile d'examiner les systèmes CVC de l'établissement avec les services techniques afin de vérifier leur bon fonctionnement. Consulter la [section 1.6 Ventilation](#) pour plus de détails.

Bien que les contacts ne soient pas le principal mode de transmission d'une IAVR, il faut assurer un nettoyage et une désinfection adéquats. Cela inclut le nettoyage et la désinfection des équipements partagés (et dédié des équipements aux patients/résidents positifs à une IAVR), des zones de soins, des espaces communs et des pièces réservées au personnel (p. ex., salons du personnel, salles de repas ou vestiaires). Il peut être nécessaire d'augmenter le nombre de membres du personnel dans les services de nettoyage de l'environnement afin d'assurer un nettoyage et une désinfection adéquats des unités contaminées²⁴¹.

Voir :

- CCPMI-PCI : [Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé](#)⁴
- CCPMI-PCI : [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](#)²⁴¹

- SPO : [Ressources de support pour la mise en œuvre des programmes de vérification relative à l'ÉPI](#)²⁴²

3.7 Rôle des tests en cas d'écllosion

Le repérage rapide du virus responsable d'une écloision d'IAVR est crucial pour déterminer les mesures supplémentaires et pour réduire au minimum la durée de l'écloision. La surveillance et les tests de tous les patients/résidents symptomatiques dans la zone concernée sont essentiels et les tests PCR devraient être disponibles pour tous les patients/résidents, lorsque c'est indiqué, afin de rapidement comprendre l'étendue de l'écloision (voir la [section 3.7 Rôle des tests pendant une écloision](#)). Il n'est pas recommandé de tester systématiquement les personnes asymptomatiques. Cependant, en particulier avec les écloisions de COVID-19, cela peut s'envisager dans des situations exceptionnelles; p. ex., en cas de transmission non expliquée malgré la mise en œuvre de mesures complètes. Les patients/résidents testés bien qu'ils soient asymptomatiques n'ont pas besoin de faire l'objet de précautions supplémentaires en raison de la faible probabilité liée aux tests préliminaires.

La liste des types de spécimens préférentiels pour les tests moléculaires est disponible auprès des [Services de laboratoire de Santé publique Ontario](#)²⁴³. Des écouvillons de prélèvement doivent idéalement être collectés auprès des patients/résidents dès que possible après l'apparition de leurs symptômes.

- Tous les patients/résidents/clients symptomatiques présentant des symptômes respiratoires aigus peuvent être testés pour plusieurs virus respiratoires, avec notamment le test PCR multiplexe ou le test plus rare FLUVID, selon la disponibilité.
- Au cours d'une écloision, le dépistage multiple pour les virus respiratoires s'impose uniquement lorsque l'agent pathogène est inconnu, ou dans le cas des patients/résidents/clients symptomatiques si l'on soupçonne la présence d'autres virus respiratoires (p. ex., écloision mixte).
- Les tests antigéniques rapides (RAT) ont une sensibilité bien plus faible que les tests moléculaires et ne doivent pas être utilisés pour les patients/résidents/clients. Les résultats des tests RAT (positifs ou négatifs) ne doivent pas modifier le plan de gestion mis en place pour les patients/résidents/clients symptomatiques (c.-à-d., les cas doivent être isolés et traités comme des cas suspects jusqu'à ce que les résultats de leurs tests moléculaires soient connus).
- Bien que le prélèvement nasal soit la méthode privilégiée, d'autres méthodes de prélèvement d'échantillons, notamment le prélèvement combiné oral et nasal, peuvent être utilisées pour faciliter l'accès aux tests et maximiser le nombre de tests.

3.7.1 Interprétation d'un test de dépistage positif pour la COVID-19 chez une personne asymptomatique

Il n'est pas recommandé de tester systématiquement les personnes asymptomatiques. Un test PCR positif chez un patient/résident asymptomatique peut être difficile à interpréter. Chez les personnes asymptomatiques, un résultat de test positif pour la COVID-19 peut signifier :

- Un cas présymptomatique qui va développer des symptômes et peut être très contagieux.

- Un nouveau cas asymptomatique qui peut être contagieux.
- Un cas positif antérieur qui sécrète encore de l'ARN viral sans plus être contagieux. Les personnes asymptomatiques peuvent avoir des résultats de test positifs pendant des semaines ou des mois après leur infection aiguë.
- Un faux cas positif qui n'est pas contagieux^{244,245}.

Pour plus de détails, consulter :

- SPO : [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](#)²⁴⁵

Une éclosion basée sur des cas asymptomatiques ne doit pas être déclarée.

3.8 Prophylaxie antivirale pendant une éclosion de grippe

Lors d'une éclosion confirmée de grippe, les médicaments prophylactiques antiviraux (p. ex., oseltamivir ou zanamivir) devraient être recommandés pour tous les patients/résidents de la zone affectée qui n'ont pas déjà la grippe, qu'ils soient vaccinés ou non. Les directives quant à la durée de la prophylaxie varient, avec des données probantes limitées sur la durée optimale. Au minimum, la prophylaxie devrait durer 7 jours ou le temps de l'éclosion (selon la durée la plus longue). La prophylaxie avec l'oseltamivir est la plus efficace lorsqu'elle est administrée aux patients/résidents dès que possible^{246,247}. Les établissements de soins de santé doivent avoir mis en place des procédures pour faciliter l'administration rapide de l'oseltamivir en cas d'éclosion (p. ex., via une directive médicale).

La prophylaxie antivirale n'est généralement pas recommandée pour le personnel vacciné pour la saison de grippe. Cependant, les membres de personnel non immunisés doivent prendre une prophylaxie antivirale pendant la durée de l'éclosion, et s'ils refusent, il devrait être envisagé de les exclure du milieu de travail. Pendant une éclosion de grippe confirmée, lorsque le vaccin ne correspond pas parfaitement à la souche qui circule, la prophylaxie antivirale peut être recommandée pour tous les membres du personnel, qu'ils soient vaccinés ou non, selon ce que préconise l'ÉGGÉ et en accord avec le médecin hygiéniste ou son représentant. La prophylaxie antivirale ne doit pas remplacer la vaccination annuelle contre la grippe.

Pour s'assurer que les directives associées à l'utilisation de médicaments antiviraux reflètent les dernières recommandations sur l'utilisation de médicaments antiviraux saisonniers, les établissements de soins de santé doivent connaître les directives actuelles de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie du Canada (AMMI) relatives à l'usage des médicaments antiviraux²⁴⁸.

Autres recommandations concernant la prophylaxie antivirale pour la grippe :

- Il faut deux semaines chez les adultes en bonne santé pour développer des anticorps au virus de la grippe après la vaccination contre la grippe. Le personnel qui a été vacciné depuis moins de deux semaines au moment de l'éclosion de grippe doit prendre une prophylaxie antivirale pendant deux semaines après la vaccination ou jusqu'à la fin de la prophylaxie dans l'unité concernée par l'éclosion (selon la première de ces éventualités). Remarque : les médicaments antiviraux n'interfèrent pas avec la réponse immunitaire du vaccin.

- Si un patient/résident est transféré dans une autre unité ou un autre établissement (sans éclosion), il doit continuer la prophylaxie antivirale pendant au moins la durée d'une période d'incubation (c.-à-d., sept jours minimum) depuis la dernière exposition à l'éclosion.
- Quelle que soit l'étape dans l'évolution de l'éclosion, la prophylaxie antivirale doit être proposée aux contacts (p. ex., compagnons de chambre) des patients/résidents positifs à la grippe pour une période minimale de sept jours.

Dans les établissements de soins de longue durée et autres établissements similaires, où il existe un risque élevé que l'éclosion se soit propagée au-delà de l'unité/zone une fois l'éclosion repérée (p. ex., en raison des activités collectives), l'administration d'une prophylaxie antivirale dans l'ensemble de l'établissement peut être envisagée. Les avantages et les inconvénients à délivrer une prophylaxie antivirale uniquement dans les unités concernées ou au contraire dans l'ensemble de l'établissement peuvent s'évaluer selon les caractéristiques de l'éclosion et l'aménagement de l'établissement, ainsi qu'en fonction de l'expérience acquise des éclosions d'IAVR précédentes dans l'établissement.

3.8.1 Prophylaxie antivirale en cas d'éclosion d'infection aiguë des voies respiratoires non grippale

En général, il n'y a pas d'utilité à une prophylaxie antivirale pour les autres IAVR pendant une éclosion. Les nirmatrelvir et ritonavir n'ont pas montré d'avantage en prise prophylactique post-exposition, et il n'existe aucune donnée suggérant que la durée ou l'impact des éclosions puissent être atténués par la prise prophylactique de ces médicaments ou d'autres médicaments antiviraux pour les éclosions de COVID-19. Cependant, les patients/résidents/clients positifs à la COVID-19 devraient être testés dès que possible afin de déterminer si une thérapie contre la COVID-19 est indiquée.

3.8.2 Immunisation en réponse à une éclosion d'infection aiguë des voies respiratoires

De même, il n'y a pas d'avantage à lancer une campagne d'immunisation contre l'une des IAVR pendant une éclosion si le but est d'atténuer l'éclosion. Cependant, un tel événement peut être utilisé pour rappeler au personnel et aux patients/résidents/clients l'importance des vaccins comme stratégie d'atténuation des éclosions s'ils sont administrés avant les épisodes de transmission, et pourrait être utilisé comme moyen de renforcer l'adhésion aux vaccins existants; p. ex. les vaccins contre la grippe, la COVID-19, ou les nouveaux vaccins contre le VRS.

3.9 Considérations à propos des équipements de protection individuelle (ÉPI)

Dans le cadre de la préparation aux éclosions, il convient de s'assurer que suffisamment d'ÉPI sont disponibles et que l'ensemble des membres du personnel et bénévoles/fournisseurs de soins essentiels sont formés aux protocoles PCI, notamment le choix et l'utilisation appropriés des ÉPI et, pour le personnel, comment réaliser une ÉRPS. Les établissements de soins de santé doivent s'assurer d'avoir suffisamment d'ÉPI en stock, à la fois pour leurs besoins quotidiens et pour faire face aux éclosions. Le stock doit être supervisé fréquemment afin de relever les dates de péremption et la diminution des stocks.

Les ÉPI adéquats doivent être utilisés en tout temps (voir la [section 2.3 Précautions supplémentaires en cas d'infections virales respiratoires aiguës](#)) lorsque des soins sont prodigués aux patients/résidents/clients qui font l'objet de précautions supplémentaires pour cause d'IAVR, que la raison de ces précautions soit une exposition, des symptômes ou une infection confirmée, ou lors d'une interaction à moins de deux mètres d'un patient/résident/client soupçonné d'avoir une IAVR confirmée. Les précautions pratiques de base (c.-à-d., le port d'un masque) doivent être respectées dans la zone d'éclosion, comme décrites dans la [section 2.2 Élargissement des pratiques de base](#). Les gants et les blouses doivent être changés entre les patients/résidents/clients et l'hygiène des mains doit être respectée avant et après le port des gants.

Les patients/résidents souffrant d'une IAVR soupçonnée ou confirmée et qui peuvent porter un masque en permanence et sans aide peuvent quitter leur chambre pour se promener à proximité avec un membre du personnel portant les ÉPI appropriés. Ils ne doivent cependant, pas se joindre aux activités collectives pour lesquelles ils devraient retirer leur masque.

3.10 Regroupement du personnel en cohorte

Les zones d'éclosion d'un établissement de santé sont définies selon le nombre et la localisation des cas d'IAVR et par le mouvement des membres du personnel et des patients/résidents dans l'établissement, ainsi que par l'aménagement de ce dernier. Les zones d'éclosion doivent être séparées des zones sans éclosion. Les zones sans éclosion sont celles où il n'y a aucune suspicion ou aucun élément probant de transmission soutenue et qui n'ont pas d'activités collectives en commun avec les étages/unités avec éclosion.

Les établissements de soins de santé doivent essayer de dédier du personnel à l'unité où s'est produite l'éclosion, et ce personnel ne doit pas travailler en dehors de cette unité lorsque c'est possible. Les membres du personnel qui travaillent dans d'autres établissements de soins de santé, en plus de l'établissement où s'est produite l'éclosion, doivent notifier la SST dans tous les milieux où ils travaillent de leur exposition à une unité avec une éclosion.

Le travail doit être organisé de façon à ce que les soins à un groupe de patients (p. ex., groupe exposé à une éclosion) soient regroupés afin de minimiser les visites répétées à un même groupe. Le travail auprès d'un patient/résident particulier doit également être regroupé afin de minimiser les visites multiples (p. ex., organiser le bain, le changement des draps et la prise de médicaments en une seule visite). Lorsque cela n'est pas possible, si les membres du personnel doivent travailler dans plusieurs unités, ils doivent aller de l'unité/groupe présentant le risque le plus faible à l'unité/groupe avec le risque le plus élevé. Les visiteurs et fournisseurs de soins essentiels des unités avec éclosion ne doivent pas rendre visite à d'autres patients/résidents et doivent être formés à l'utilisation des ÉPI, à l'hygiène des mains et à la façon d'obtenir des soins et de se faire dépister (le cas échéant) pour une IAVR au cas où ils deviendraient symptomatiques.

3.11 Admission pendant une éclosion d'infection aiguë des voies respiratoires

Les admissions dans les zones d'éclosion de l'établissement de santé doivent être fermées, sauf lorsqu'à la fois l'ÉGÉ et le bureau de santé publique sont d'accord sur le fait qu'une fermeture serait potentiellement plus préjudiciable que les avantages apportés par l'absence d'exposition de personnes

supplémentaires. Si l'unité reste ouverte aux admissions, cela doit se faire en accord avec la santé publique une fois l'étendue de l'éclosion déterminée, et les nouvelles admissions ne doivent pas être mélangées au groupe concerné par l'éclosion. Il faut éviter d'admettre les patients/résidents les plus vulnérables, et la priorité doit être donnée aux patients qui sont récemment guéris de la même IAVR, ou à ceux qui présentent une infection active de la même IAVR. Pour les patients/résidents qui ne remplissent pas ces critères, il y aurait lieu de prévoir une section non touchée au sein de l'unité, de préférence dotée d'un personnel exclusif.

Les patients/résidents transférés de l'unité infectée vers une autre unité ou un autre établissement doivent continuer de faire l'objet de précautions supplémentaires pendant la période d'incubation typique depuis leur dernière exposition à l'éclosion. Un examen des transferts qui ont eu lieu avant la déclaration de l'éclosion est également important et les autres unités et établissements doivent être informés des patients/résidents qui se trouvaient dans les unités au cours de la période pendant laquelle on soupçonne que la transmission a pu avoir lieu, mais avant la déclaration de l'éclosion (p. ex., 48 heures avant l'apparition des symptômes du premier cas, ou lorsque l'on juge que la transmission soutenue a commencé).

3.12 Quand déclarer la fin d'une éclosion

Les critères permettant de déclarer la fin d'une éclosion doivent être définis en collaboration avec le bureau de santé publique local; le médecin hygiéniste ayant le dernier mot en cas de désaccord. En règle générale, une éclosion d'IAVR peut être déclarée terminée par l'ÉGÉ, en accord avec le bureau de santé publique, lorsque la transmission est interrompue et qu'aucun nouveau cas de patient/résident réputé avoir été infecté dans l'unité n'est apparu au cours d'une période d'incubation et une période de transmissibilité (ou deux périodes d'incubation). Lorsque les patients/résidents peuvent être isolés efficacement (p. ex., établissement de soins actifs), un délai plus court d'une période d'incubation plus un jour à partir du dernier cas est un délai raisonnable. (Voir le [tableau 7. Aperçu des périodes d'incubation pour les infections respiratoires aiguës](#)).

Lorsqu'un établissement n'a pas été en mesure d'identifier l'agent pathogène responsable d'une éclosion, la durée de l'éclosion doit être au minimum de 8 jours à partir du dernier cas. Cela est basé sur la période de transmissibilité (5 jours) et sur la période d'incubation (3 jours) de la grippe et est typiquement généralisé aux éclosions dont les agents pathogènes respiratoires ne sont pas connus. Bien que la confirmation par le laboratoire soit fortement recommandée pour tous les patients/résidents symptomatiques pendant une éclosion, les patients/résidents qui présentent des symptômes d'IAVR après une période sans nouveau cas devraient toujours être testés afin de ne pas prolonger inutilement une éclosion sur la base d'une surveillance syndromique, uniquement. Lorsque des résultats de laboratoire sont attendus, l'éclosion ne doit pas être déclarée terminée jusqu'à ce que ces tests en attente soient confirmés négatifs.

Si le dernier cas est un patient/résident ayant été exposé et qui fait l'objet de précautions supplémentaires, l'éclosion est prolongée depuis le jour à partir duquel ces précautions ont commencé. Si le dernier cas est un patient/résident 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. Lorsque les IAVR communautaires sont très actives, l'introduction d'un nouveau virus est possible et n'indique pas nécessairement une transmission soutenue. La présence de tels cas ne devrait pas motiver la prolongation des éclosions. Une fois l'éclosion déclarée comme terminée, une réunion de bilan doit être organisée pour passer en revue l'éclosion et sa gestion et pour

en analyser les causes premières. Si cette analyse révèle des facteurs ayant contribué à l'écllosion, l'unité doit prendre les mesures nécessaires pour éviter que la situation se reproduise.

Les protocoles du ministère de la Santé donnent des renseignements supplémentaires sur la façon de déclarer la fin d'une écllosion :

- [Appendix 1: Case Definitions and Disease-Specific Information. Disease: Respiratory Infection Outbreaks in Institutions and Public Hospitals²⁴⁰](#) [en anglais seulement] voir sous la lettre « R » de la section Protocole concernant les maladies infectieuses des Normes de santé publique de l'Ontario)
- [Protocole de gestion des écllosions dans les établissements et le milieu institutionnel, 2023²⁵⁰](#)

Tableau 7. Aperçu des périodes d'incubation des infections respiratoires aiguës

Agent pathogène de l'écllosion	Période habituelle d'incubation
Grippe A et B	1 à 4 jours
VRS	3 à 7 jours
Parainfluenza	2 à 6 jours
Rhinovirus/entérovirus	2 à 4 jours
Metapneumovirus	3 à 6 jours
Adénovirus	4 à 8 jours
Coronavirus saisonnier	2 à 5 jours
SRAS Cov-2	4 à 7 jours ^{252,253}

3.13 Gestion des écllosions en milieux de soins externes à risque élevé

Les écllosions d'IAVR peuvent également apparaître en milieux de soins externes, comme les centres de dialyse (CD).²⁵⁴⁻²⁶⁰ Les grands principes de gestion des écllosions dans les établissements institutionnels décrits ci-dessus s'appliquent aux soins externes, mais il faut tenir compte de certaines particularités concernant les populations de patients, la circulation des patients et l'infrastructure. Bien que l'examen des écllosions en milieux de soins externes dépasse le cadre de ce document, certains principes en sont résumés ci-dessous en prenant pour exemple un centre de dialyse.

3.13.1 Centres de dialyse

Les IAVR peuvent apparaître dans ces milieux de soins externes plus facilement que dans les unités de soins internes puisque les patients se déplacent entre la collectivité et le milieu de soins plusieurs fois par semaine. De plus, les patients peuvent se déplacer entre différents établissements de soins de santé; p. ex., d'un foyer de soins de longue durée ou d'un établissement de réadaptation vers un centre de dialyse, ou en interne entre un service médical et un service de chirurgie vers une unité d'hémodialyse.

Ces mouvements peuvent potentiellement conduire à l'introduction d'une IAVR dans un établissement depuis un autre établissement où une éclosion est en cours, ou vice-versa.

Une fois une IAVR présente dans un centre de dialyse, 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 postes d'hémodialyse souvent rapprochés, 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 d'un poste à l'autre, peut aussi devenir un vecteur de transmission si l'hygiène des mains, le changement des gants et d'autres ÉPI, ainsi que 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. Ces situations constituent des vecteurs de transmission des IAVR entre patients, notamment entre patients qui ne sont pas proches dans le centre de dialyse ou même entre patients qui ne sont pas dans le même créneau horaire, lorsque les patients qui terminent un traitement rencontrent les patients suivants dans la salle d'attente. Enfin, un manque de nettoyage de l'environnement entre les patients peut créer un risque de transmission résultant d'un nettoyage et d'une désinfection inefficaces du poste ou d'autres équipements partagés.

Tous ces facteurs doivent être pris en compte pour élaborer un programme de prévention des IAVR dans les centres de dialyse et les milieux de soins internes. Le dépistage des patients à leur arrivée et la surveillance en continu des symptômes d'IAVR durant les séances d'hémodialyse sont essentiels pour repérer rapidement les éclosions. Tous les patients dialysés symptomatiques doivent être testés pour les IAVR et les grappes de cas parmi les patients et le personnel doivent être signalés immédiatement à la direction du centre de dialyse et à la PCI. Il est également important que les patients comprennent à quoi sert le dépistage et que l'accès à l'hémodialyse ne soit pas refusé quelle que soit la situation vis-à-vis des symptômes et des IAVR.

La définition d'une éclosion d'IAVR de la [section 3.3](#) peut être utilisée pour définir une éclosion soupçonnée dans un centre de dialyse. De même que pour les unités de soins internes, cette définition seule ne peut pas dicter si une éclosion doit être déclarée ou non. Il faut également établir la probabilité de transmission soutenue en collaboration avec le bureau de santé publique.

La définition de l'éclosion d'IAVR pose problème lorsqu'il s'agit de déterminer si l'infection aurait pu être « raisonnablement » acquise dans le centre de dialyse ou dans une unité similaire de soins externes étant donnée l'exposition continue aux IAVR de la collectivité. Les grappes associées à la chronologie et à l'espace dans les centres de dialyse devraient être analysées; p. ex., deux cas dans le groupe de dialyse du lundi/mercredi/vendredi dans le même poste constituent probablement une éclosion, tandis qu'un cas dans le groupe du soir du lundi/mercredi/vendredi et un cas dans le groupe du midi du mardi/jeudi/samedi sont plus probablement dus à une transmission communautaire.

Les mesures de contrôle dans un centre de dialyse ou une unité similaire peuvent prendre en compte certaines caractéristiques uniques de ce milieu et inclure des mesures spécifiques concernant le nettoyage de l'environnement, le regroupement des patients des mêmes séances de dialyse, ainsi que le port en continu de masques pour les patients/soignants et le personnel du centre. Pour les patients qui font l'objet de précautions supplémentaires, cela peut inclure l'utilisation d'espaces isolés dans le centre, faire la dialyse/le traitement en fin de journée ou dialyser les patients internes dans leur chambre plutôt qu'au centre de dialyse.

3.14 Obligations et recommandations pour la surveillance et les éclosions de virus respiratoires

Obligations légales

26. Les médecins et les administrateurs/directeurs et/ou la PCI ont l'obligation d'informer la santé publique si des patients/résidents ont ou ont potentiellement une maladie importante pour la santé publique. Il en va de même pour la SST ou son représentant pour les cas parmi le personnel²³⁸.
27. Les employeurs ont l'obligation de signaler toute infection acquise au travail à la CSPAAT, au ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences et au représentant de la santé et de la sécurité du CMSS, ainsi qu'au représentant du syndicat, le cas échéant²³⁸.

Recommandations

28. Les établissements de soins de santé doivent avoir des procédures bien définies pour le dépistage/la surveillance des cas d'IAVR parmi les patients/résidents/clients, ainsi que la capacité à détecter les grappes ou les éclosions. L'évaluation des symptômes d'IAVR devrait se faire dès le premier point de contact et dans le cadre d'une évaluation quotidienne des patients/résidents/clients. Ceci peut se faire au travers d'une approche active, passive ou combinée.
29. Les établissements de soins de santé doivent avoir des procédures et des politiques établies pour la communication entre la PCI et la SST à propos des grappes de cas d'IAVR chez les membres du personnel ou les patients/résidents.
30. Les grappes de cas d'IAVR nosocomiales devraient déclencher des investigations sur une potentielle éclosion, la mise en œuvre éventuelle de mesures de lutte et une déclaration d'éclosion si une transmission soutenue est soupçonnée.
31. Lorsqu'une éclosion est déclarée, des mesures de lutte contre l'éclosion doivent être initiées immédiatement et l'ÉGÉ doit se réunir rapidement après le repérage de l'éclosion.
32. Dans la mesure du possible, l'unité concernée par l'éclosion ne doit plus accueillir de nouveaux patients ni accepter de transferts non urgents tant que l'on soupçonne ou qu'on a la preuve d'une transmission soutenue d'IAVR.
33. Les patients/résidents qui doivent faire l'objet d'un transfert d'urgence vers une autre unité pour des raisons médicales/d'avantage de soins doivent être transférés dans une zone faisant l'objet de précautions supplémentaires et y rester pendant la période habituelle d'incubation à partir de leur dernier jour dans l'unité affectée par l'éclosion.
34. En collaboration avec la SST, la PCI doit réaliser une recherche des contacts en aval et en amont pour tous les patients infectés, afin d'assurer la détection et la prise en charge rapides des patients/résidents/clients pour déterminer la source de l'éclosion.

35. Si des patients/résidents ont été transférés pendant la période de transmission, mais avant le repérage de l'éclosion (p. ex., 48 heures avant l'apparition des symptômes du premier cas), l'unité ou l'établissement d'arrivée doit en être informé.
36. 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.
37. 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.
38. L'évaluation des pratiques de la PCI et de la SST dans l'unité doit se faire par l'intermédiaire d'audits sur l'utilisation des ÉPI et le respect de l'hygiène des mains, ainsi qu'au travers de discussions avec les responsables de l'unité, les formateurs de l'unité et le personnel de première ligne de tous les groupes professionnels si nécessaire (p. ex., personnel infirmier, personnel paramédical, services environnementaux, etc.)
39. Tous les patients/résidents devraient être soumis à un dépistage des symptômes d'IAVR deux fois par jour. Lorsqu'on constate de nouveaux symptômes d'IAVR chez des patients/résidents, il faut réaliser des tests, appliquer les précautions supplémentaires et informer aussitôt la PCI.
40. L'accès des visiteurs devrait être restreint conformément à la politique de l'établissement sur les éclosions. En règle générale, il faut éviter les restrictions pour les fournisseurs de soins essentiels.
41. L'information sur les mesures de lutte contre l'éclosion devrait inclure au minimum le personnel de l'unité, les patients/résidents et leurs familles, ainsi que les visiteurs.
42. Des affiches devraient être installées à l'entrée de l'unité pour indiquer qu'il y a une éclosion et préciser les mesures mises en place.
43. L'oseltamivir devrait être recommandé pour tous les patients/résidents présents dans une zone affectée par une éclosion de grippe dès que possible.
44. En collaboration avec le bureau de santé publique, l'ÉGÉ peut déclarer la fin d'une éclosion lorsque la transmission soutenue est interrompue.

Récapitulatif des obligations légales et des recommandations

Ce tableau fournit un récapitulatif des obligations légales et des recommandations fournies par le CCPMI-PCI dans son document : *Pratiques exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires dans tous les établissements de soins de santé*.

De plus, ce tableau inclut trois colonnes pouvant être utilisées pour déterminer à quelles obligations légales et recommandations un établissement de santé se conforme, se conforme partiellement ou ne se conforme pas.

Tableau 8. Récapitulatif des obligations légales et des recommandations

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
Chapitre 1. Mesures environnementales			
Obligations légales			
1. Les établissements ont l'obligation d'avoir des mesures et des procédures en place, et de fournir une formation aux membres du personnel de la santé à propos des facteurs organisationnels pouvant affecter le choix et l'utilisation des ÉPI ^{72,73} .			
2. Les systèmes CVC doivent être conçus, fabriqués, installés, utilisés et entretenus selon les recommandations techniques de l'établissement, les instructions d'utilisation du fabricant et en accord avec les réglementations et normes en vigueur, et doivent être inspectés par un professionnel qualifié tous les six mois afin de s'assurer qu'ils sont en bon état ⁷² .			
3. Les établissements de soins de longue durée ont l'obligation d'avoir des politiques d'immunisation et de dépistage en place et de proposer des vaccinations aux résidents. Un programme d'immunisation du personnel doit être conforme aux pratiques qui reposent sur les données probantes ⁸⁵ .			
4. Tous les établissements de soins de santé ont l'obligation d'avoir des politiques de vaccination à jour pour les membres du personnel de la santé ainsi que pour les patients/résidents/clients ⁷² .			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
Recommandations			
5. Tous les établissements de soins de santé doivent mettre facilement à disposition du personnel tous les vaccins pertinents.			
6. Les membres du personnel de la santé qui développent des symptômes d’IAVR doivent le signaler au service SST ou à son délégué et suivre les politiques relatives au signalement des maladies et à la mise en retrait du milieu de travail.			
7. Les patients/résidents atteints d’une IAVR soupçonnée ou confirmée doivent être placés en chambre individuelle avec son propre cabinet de toilette, ainsi qu’avec un équipement dédié si possible.			
8. Le regroupement en cohorte des patients/résidents infectés par le même agent pathogène, ou avec des patients/résidents récemment guéris du même agent pathogène, peut être considéré comme la meilleure alternative.			
9. Les pratiques de base et précautions supplémentaires pour les IAVR doivent être appliquées individuellement pour chaque patient/résident dans un groupe, et les membres du personnel doivent changer de blouses et de gants lorsqu’ils passent d’un patient/résident à un autre du même groupe.			
10. Les protections faciales doivent être remplacées après un contact avec un patient/résident/client atteint d’une IAVR soupçonnée ou confirmée, avec deux exceptions : 1) pour s’occuper d’autres patients/résidents du même groupe dans une même salle, 2) si des masques sont utilisés en permanence.			
11. Dans les établissements de soins de longue durée, les résidents ayant une IAVR symptomatique, confirmée ou qui y ont été exposés, doivent la plupart du temps être rapidement séparés des autres résidents du foyer.			
12. Dans les centres de dialyse, il est recommandé d’avoir une pièce séparée pour les patients atteints d’une IAVR soupçonnée ou confirmée. Une alternative moins optimale consiste à observer une distanciation physique et/ou des séparations entre un patient avec une IAVR soupçonnée ou confirmée et les autres patients.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
13. L'utilisation d'appareils de rafraîchissement, comme des ventilateurs portables ou des climatiseurs, n'est pas recommandée dans les chambres occupées par des personnes souffrant d'une IAVR confirmée ou soupçonnée.			
14. Une période de non-utilisation n'est pas nécessaire après qu'un patient/résident/client avec une IAVR soupçonnée ou confirmée quitte une pièce ou à la suite d'une IMGA prodiguée à un tel patient/résident/client.			
15. Le recours à des politiques de distanciation physique universelles et généralisées n'est pas recommandé en dehors des périodes de pandémie ou d'autres dangers extraordinaires. Une distanciation physique ciblée d'au moins un mètre dans les environnements à haut risque (comme les salles d'attente) doit être envisagée pendant les pics d'IAVR lorsque c'est possible.			
Chapitre 2. Pratiques de base et précautions supplémentaires pendant la saison des virus respiratoires			
Obligations légales			
16. Un programme portant sur le choix, l'utilisation, la formation et l'entretien des ÉPI, notamment les respirateurs N95, est obligatoire dans chaque établissement de soins de santé ^{7,8,72,73,230} .			
Recommandations			
17. Les patients/résidents/clients qui se présentent pour obtenir des soins dans un établissement de santé tout en ayant des symptômes d'IAVR doivent se conformer aux pratiques d'hygiène des mains et porter un masque, respecter l'étiquette respiratoire et attendre dans une zone séparée, ou si cela n'est pas possible, ils doivent garder une distance de deux mètres par rapport aux autres patients/résidents/clients lorsque c'est possible.			
18. Les établissements de soins de santé doivent s'assurer que tous les membres du personnel qui prodiguent des soins à des patients/résidents/clients présentant des symptômes d'IAVR sont conscients de la nécessité d'amorcer et de maintenir des précautions supplémentaires relatives aux IAVR.			
19. Une fois que la nécessité de mettre en œuvre des mesures de précautions supplémentaires contre les			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
IAVR a été établie, on doit en informer toutes les unités recevant des patients et tous les services de diagnostic.			
20. Les pratiques de base et PCRA font partie intégrante de la PCI et de la SST, et doivent être suivies et réalisées avant tout contact, qu'il existe un doute sur une IAVR soupçonnée/confirmée ou non.			
21. Le port du masque en permanence doit être envisagé pendant une période à risque élevé de transmission pour tout contact direct proche ou prolongé avec les patients/résidents/clients en raison du risque de transmission et d'éclosion, tout en gardant à l'esprit la vulnérabilité de certains patients/résidents/clients.			
22. Lorsque des soins directs sont prodigués à un patient/résident/client présentant une IAVR soupçonnée ou confirmée, il faut au minimum porter un masque médical, une protection oculaire, des gants et une blouse.			
23. Les précautions supplémentaires contre les IAVR doivent être arrêtées lorsqu'il n'y a plus de risque de transmission. Pour les patients/résidents/clients exposés à une IAVR, les précautions supplémentaires peuvent être arrêtées après une période d'incubation du virus respiratoire auquel la personne a été exposée.			
24. Pour les IMGA (que le patient/résident/client présente ou non une IAVR), les ÉPI à porter par le personnel à moins de deux mètres incluent au minimum un masque médical, une blouse, des gants et une protection oculaire.			
25. Un patient/résident/client qui fait l'objet d'une IMGA doit être placé dans une chambre individuelle avec porte fermée si possible, particulièrement s'il présente une IAVR soupçonnée ou confirmée.			
Chapitre 3. Surveillance et éclosions des virus respiratoires			
Obligations légales			
26. Les médecins et les administrateurs/directeurs et/ou la PCI ont l'obligation d'informer les services de santé publique si des patients/résidents ont ou ont potentiellement une maladie importante sur le plan de la santé publique. Il en va de même pour la			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
SST ou son représentant pour les cas parmi le personnel ²³⁸ .			
27. Les employeurs ont l'obligation de signaler toute infection acquise au travail à la CSPAAT, au ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences et au CMSS ou au représentant de la santé et de la sécurité, ainsi qu'au représentant du syndicat, le cas échéant ²³⁸ .			
Recommandations			
28. Les établissements de soins de santé doivent avoir des procédures bien définies pour le dépistage/la surveillance des cas d'IAVR parmi les patients/résidents/clients, ainsi que la capacité à détecter les grappes de cas ou les éclosions. L'évaluation des symptômes d'IAVR devrait se faire dès le premier point de contact et dans le cadre d'une évaluation quotidienne des patients/résidents/clients. Ceci peut se faire au travers d'une approche active, passive ou combinée.			
29. Les établissements de soins de santé doivent avoir des procédures et des politiques établies pour la communication entre la PCI et la SST à propos des grappes de cas d'IAVR chez les membres du personnel ou les patients/résidents.			
30. Les grappes de cas d'IAVR nosocomiales doivent déclencher des investigations sur une potentielle éclosion, la mise en œuvre éventuelle de mesures de lutte et une déclaration d'éclosion si une transmission soutenue est soupçonnée.			
31. Lorsqu'une éclosion est déclarée, des mesures de lutte contre l'éclosion doivent être initiées immédiatement et l'ÉGÉ doit se réunir rapidement après le repérage de l'éclosion.			
32. Dans la mesure du possible, l'unité concernée par l'éclosion ne doit plus accueillir de nouveaux patients ni accepter de transferts non urgents tant que l'on soupçonne ou qu'on a la preuve d'une transmission soutenue d'IAVR.			
33. Les patients/résidents qui doivent faire l'objet d'un transfert d'urgence vers une autre unité pour des raisons médicales/d'avantage de soins doivent être transférés dans une zone faisant l'objet de précautions supplémentaires et y rester pendant la			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
période habituelle d'incubation à partir de leur dernier jour dans l'unité affectée par l'éclosion.			
34. En collaboration avec la SST, la PCI doit réaliser une recherche des contacts en aval et en amont pour tous les patients infectés, afin d'assurer la détection et la prise en charge rapides des patients/résidents/clients pour déterminer la source de l'éclosion.			
35. Si des patients/résidents ont été transférés pendant la période de transmission, mais avant le repérage de l'éclosion (p. ex., 48 heures avant l'apparition des symptômes du premier cas), l'unité ou l'établissement d'arrivée doit en être informé.			
36. Dans la mesure du possible, l'établissement doit faire en sorte que le personnel affecté à l'unité touchée par l'éclosion ne travaille pas ailleurs.			
37. 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.			
38. L'évaluation des pratiques de la PCI et de la SST dans l'unité doit se faire par l'intermédiaire d'audits sur l'utilisation des ÉPI et le respect de l'hygiène des mains, ainsi que des discussions avec les responsables de l'unité, les formateurs de l'unité et le personnel de première ligne de tous les groupes professionnels si nécessaire (p. ex., personnel infirmier, personnel paramédical, services environnementaux, etc.)			
39. Tous les patients/résidents doivent être soumis à un dépistage des symptômes d'IAVR deux fois par jour. Lorsqu'on constate de nouveaux symptômes d'IAVR chez des patients/résidents, il faut réaliser des tests, appliquer les précautions supplémentaires et informer aussitôt la PCI.			
40. L'accès des visiteurs doit être restreint conformément à la politique de l'établissement sur les éclosions. En règle générale, il faut éviter les restrictions pour les soignants essentiels.			
41. L'information sur les mesures de lutte contre l'éclosion doit inclure au minimum le personnel de l'unité, les patients/résidents et leurs familles, ainsi que les visiteurs.			
42. Des affiches devraient être installées à l'entrée de l'unité pour indiquer qu'il y a éclosion et préciser les mesures mises en place.			

Obligation légale/recommandation	Conforme	Conforme partiellement	Non conforme
43. L'oseltamivir devrait être recommandé dès que possible pour tous les patients/résidents présents dans une zone affectée par une éclosion de grippe.			
44. En collaboration avec le bureau de santé publique, l'ÉGÉ peut déclarer la fin d'une éclosion lorsque la transmission soutenue est interrompue.			

Références

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, ON : 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. Agence de la santé publique du Canada. *Prévention et contrôle de la COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2021 [modifié le 25 janv. 2022, cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/prevention-controle-covid-19-lignes-directrices-provisoires-deuxieme-version.html>
3. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Recommandations en PCI concernant l'utilisation d'équipements de protection individuelle pour la prise en charge des personnes dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée*, 3^e édition, Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023.
4. 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, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2014/bp-hand-hygiene.pdf?la=fr>
5. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). *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 novembre 2020, [Internet], Stockholm : ECDC; 2020 [cité le 4 juin 2024]. Disponible à : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-contact-tracing-public-health-management-third-update.pdf>
6. Emploi et Développement social Canada. *Ligne directrice canadienne concernant l'échantillonnage professionnel de conformité relatif aux agents chimiques*, 14 août 2015, Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2016. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/images/services/reports/hazardous-substances-sampling-guideline/No.771-Canadian%20Occupational%20Chemical%20Agent%20Guideline-FR.pdf>
7. *Contrôle de l'exposition à des agents biologiques ou chimiques*, R.R.O. 1990, Règl. 833. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/900833>
8. *Contrôle de l'exposition à des agents biologiques ou chimiques*, Règl. de l'Ont. 185/19. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/r19185>
9. Groupe CSA. CAN/CSA-Z94.4:F18 (C2023) Choix, utilisation et entretien des appareils de protection respiratoire. Toronto, ON : Groupe CSA, 2018.
10. Groupe CSA. CSA-Z317.13:F22 Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé. Toronto, ON : Groupe CSA, 2022.
11. Prévention et contrôle des infections Canada (PCI Canada). *Prévention et contrôle des infections Canada policy & procedure manual* [Internet], Winnipeg, MB : PCI Canada, 2019 [cité le 7 juin 2024]. Disponible à : <https://ipac-canada.org/photos/custom/pdf/8.73%20-%20Membership%20-%20ICP%20Job%20Description%20May%202019.pdf>
12. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air*, Genève : OMS, 2024. Disponible à :

- https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/global-technical-consultation-report-on-proposed-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air.pdf?sfvrsn=de07eb5f_1&download=true
13. Agence de la santé publique du Canada. *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*, Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2016. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante-2016-FINAL-fra.pdf>
 14. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Transmission de la COVID-19 par les particules respiratoires sur de courtes et de longues distances*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [cité le 24 juin 2024]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2022/01/covid-19-respiratory-transmission-range.pdf?sc_lang=fr#:~:text=Air%20sampling%20data%20supports%20that,transmission%20risk%20in%20those%20scenarios.
 15. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*, [Internet], Genève : OMS; 2009. Disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1
 16. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – Prévention et contrôle des infections (CCPMI-PCI)*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [modifié le 21 mars 2023; cité le 18 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/about/external-advisory-committees/pidac-ipc>
 17. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Santé publique Ontario : accueil*, [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024 [modifié le 13 juin 2024; cité le 18 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/>
 18. Ontario. Ministère de la Santé. *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosons dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif*, En vigueur : avril 2024, Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024. Disponible à : <https://www.ontario.ca/files/2024-04/moh-recommendations-for-outbreak-prevention-and-control-in-institutions-and-clis-fr-2024-04-09.pdf>
 19. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires de prévention, de surveillance et de contrôle des nouvelles infections respiratoires dans tous les milieux de soins*, 1^{re} révision, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [modifié en février 2020; cité le 6 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2020/bp-novel-respiratory-infections.pdf>
 20. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Rapport technique : Recommandations provisoires pour les PCI et le port d'ÉPI pour les soins aux personnes ayant la rougeole (suspectée ou confirmée)*, Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/M/24/measles-interim-ipac-recommendations-ppe.pdf?rev=337f9a1ecdc4a2daed15543b95ad43c&sc_lang=fr
 21. Agence de la santé publique du Canada. *Avis : Mise à jour des lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections de la rougeole dans les établissements de soins de santé*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2024 [modifié le 27 mai 2024; cité le

- 19 juin 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/rougeole/pour-professionnels-sante-rougeole/mis-jour-lignes-directrices-prevention-contrôle-infections-etablissements-soins-sante.html>
22. Bourdeau, M., N. K. Vadlamudi, N. Bastien, J. Embree, S. A. Halperin, T. Jadavji, et coll. « Pediatric RSV-associated hospitalizations before and during the COVID-19 pandemic. », *JAMA Netw Open*, 2023;6(10):e2336863. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.36863>
 23. National Collaborating Centre for Infectious Diseases. *Respiratory syncytial virus (RSV) 2022 update*, [Internet], Winnipeg, MB : Université du Manitoba; 2022 [cité le 6 juin 2024]. Disponible à : <https://nccid.ca/debrief/respiratory-syncytial-virus-rsv/>
 24. Mac, S., S. Shi, B. Millson, A. Tehrani, M. Eberg, V. Myageri, et coll. « Burden of illness associated with respiratory syncytial virus (RSV)-related hospitalizations among adults in Ontario, Canada: a retrospective population-based study. », *Vaccine*, 2023, 41(35):5141-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.06.071>
 25. Havers, F. P., M. Whitaker, M. Melgar, B. Chatwani, S. J. Chai, N. B. Alden, et coll. « Characteristics and outcomes among adults aged ≥60 Years hospitalized with laboratory-confirmed respiratory syncytial virus - RSV-NET, 12 States, July 2022-June 2023. », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2023, 72(40):1075-82. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7240a1>
 26. Osei-Yeboah, R., P. Spreeuwenberg, Del Riccio M., T. K. Fischer, A. M. Egeskov-Cavling, H. Bøås, et coll. « Estimation of the number of respiratory syncytial virus-associated hospitalizations in adults in the European Union. », *J Infect Dis.*, 2023, 228(11):1539-48. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/infdis/jiad189>
 27. Statistique Canada. *Décès, 2022*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2023 [cité le 6 juin 2024]. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/231127/dq231127b-fra.pdf?st=374q9z3l>
 28. Agence de la santé publique du Canada. *Rapports annuels sur la grippe : Résumé du rapport annuel d'ÉpiGrippe Saison grippale 2022-2023*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2024 [modifié le 5 juin 2024; cité le 6 juin 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/grippe-influenza/surveillance-influenza/rapports-annuels.html>
 29. Burk, M., K. El-Kersh, M. Saad, T. Wiemken, J. Ramirez, R. Cavallazzi. « Viral infection in community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis », *Eur Respir Rev.*, 2016, 25(140):178-88. Disponible à : <https://doi.org/10.1183/16000617.0076-2015>
 30. Alimi, Y., W. S. Lim, L. Lansbury, J. Leonardi-Bee, J. S. Nguyen-Van-Tam. « Systematic review of respiratory viral pathogens identified in adults with community-acquired pneumonia in Europe », *J Clin Virol.*, 2017, 95:26-35. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2017.07.019>
 31. Lieberman, D., A. Shimoni, Y. Shemer-Avni, A. Keren-Naos, R. Shtainberg, D. Lieberman. « Respiratory viruses in adults with community-acquired pneumonia », *Chest*, 2010, 138(4):811-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1378/chest.09-2717>
 32. McCullers, J. A., « The co-pathogenesis of influenza viruses with bacteria in the lung. *Nat Rev Microbiol.* 2014;12(4):252-62. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/nrmicro3231>
 33. Liu, Y., L. Ling, S. H. Wong, M. H. Wang, J. R. Fitzgerald, X. Zou, et coll. Outcomes of respiratory viral-bacterial co-infection in adult hospitalized patients », *EClinicalMedicin*, [Internet], 2021, 37:100955. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100955>
 34. 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, 41(7):866-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2020.99>
 35. Buchtele, N., W. Rabitsch, H. A. Knaus, P. Wohlfarth. « Containment of a traceable COVID-19 outbreak among healthcare workers at a hematopoietic stem cell transplantation unit », *Bone Marrow Transplant*, 2020, 55(7):1491-2. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/s41409-020-0958-6>

36. Jørstad, Ø. K., M. C. Moe, K. Eriksen, G. Petrovski, R. Bragadóttir. « Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak at the department of ophthalmology, Oslo University Hospital, Norway », *Acta Ophthalmol.*, 2020, 98(3):e388-e9. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/aos.14426>
37. Knoll, R. L., J. Klopp, G. Bonewitz, B. Gröndahl, K. Hilbert, W. Kohnen, et coll. « Containment of a large SARS-CoV-2 outbreak among healthcare workers in a pediatric intensive care unit », *Pediatr Infect Dis J.*, 2020, 39(11):e336-e9. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/inf.0000000000002866>
38. Jung, J., M. J. Hong, E. O. Kim, J. Lee, M. N. Kim, 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, 26(11):1574-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.06.021>
39. Mungmunpuntipantip, R., V. Wiwanitkit. « A coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in a hospital and hospital closure: a note », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2020, 41(12):1475-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2020.194>
40. Lessells, R., M. Y. S. Moosa, T. de Oliveira. « Report into a nosocomial outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) at Netcare St. Augustine's Hospital », [Internet], Durban : Université du KwaZulu-Natal, 2020 [cité le 6 juin 2024]. Disponible à : https://www.krisp.org.za/manuscripts/StAugustinesHospitalOutbreakInvestigation_FinalReport_15may2020_comp.pdf
41. 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, ON : ICIS, 2020 [cité le 6 juin 2024]. Disponible à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>
42. 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, 68(7):1376-81. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jgs.16625>
43. Fisman, D. N., I. Bogoch, L. Lapointe-Shaw, J. McCreedy, 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, 3(7):e2015957. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15957>
44. Escobar, D. J., M. Lanzi, P. Saberi, R. Love, D. R. Linkin, J. J. Kelly, et coll. « Mitigation of a coronavirus disease 2019 outbreak in a nursing home through serial testing of residents and staff », *Clin Infect Dis.*, 2021, 72(9) :e394-e6. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1021>
45. Blackman, C., S. Farber, R. A. Feifer, V. Mor, E. M. White. « An illustration of SARS-CoV-2 dissemination within a skilled nursing facility using heat maps », *J Am Geriatr Soc.*, 2020, 68(10):2174-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jgs.16642>
46. Hatfield, K. M., S. C. Reddy, K. Forsberg, L. Korhonen, K. Garner, T. Gulley, 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, 69(32):1095-9. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932e5>
47. Feaster, M., 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, 26(10):2416-9. Disponible à : <https://doi.org/10.3201/eid2610.202694>
48. Bakaev, I., T. Retalic, 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, 68(7):e38-e9. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jgs.16653>
49. 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, 71(11):2920-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa763>
50. 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, 69(21):651-5. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6921e1>
 51. White, E. M., C. M. Kosar, 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, 68(10):2167-73. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jgs.16752>
 52. 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, 181(1):127-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3738>
 53. Goldberg, S. A., C. T. Pu, R. W. Thompson, E. Mark, T. D. Sequist, D. C. Grabowski. « Asymptomatic spread of COVID-19 in 97 patients at a skilled nursing facility » *J Am Med Dir Assoc.*, 2020, 21(7):980-1. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.040>
 54. 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, 81(3):411-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.05.073>
 55. Bouza, E., M. J. Pérez-Granda, P. Escribano, R. Fernández-Del-Rey, [Internet], Pastor, Z. Moure, et coll. « Outbreak of COVID-19 in a nursing home in Madrid », *J Infect.*, 2020, 81(4):647-79. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.06.055>
 56. Kittang, B. R., S. V. Hofacker, S. P. Solheim, K. Krüger, K. K. Løland, K. Jansen. « Outbreak of COVID-19 at three nursing homes in Bergen », *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2020, 140(11). Disponible à : <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0405>
 57. 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 », *Lancet Infect Dis.* 2021, 21(4):e67. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30560-0](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30560-0)
 58. Tan, L. F., S. K. Seetharaman. « COVID-19 outbreak in nursing homes in Singapore », *J Microbiol Immunol Infect.*, [Internet], 2021, 54(1):123-4. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.04.018>
 59. Borrás-Bermejo, B., X. Martínez-Gómez, M.G. 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, 26(9):2281-3. Disponible à : <https://doi.org/10.3201/eid2609.202603>
 60. Sendi, P., S. Dräger, B. Batzer, S. Walsler, M. Dangel, A. F. Widmer. « The financial burden of an influenza outbreak in a small rehabilitation centre », *Influenza Other Respir Viruses*, 2020, 14(1):72-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/irv.12696>
 61. Parkash, N., W. Beckingham, P. Andersson, P. Kelly, S. Senanayake, N. Coatsworth. « Hospital-acquired influenza in an Australian tertiary Centre 2017: a surveillance based study », *BMC Pulm Med.*, 2019, 19(1):79. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12890-019-0842-6>
 62. Lansbury, L. E., C. S. Brown, J. S. Nguyen-Van-Tam. « Influenza in long-term care facilities », *Influenza Other Respir Viruses*, 2017, 11(5):356-66. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/irv.12464>
 63. RSV Outbreak Investigation Team. « Contributing and terminating factors of a large RSV outbreak in an adult hematology and transplant unit », *PLoS Curr.*, 2014;6. Errata dans : *PLoS Curr.*, 27 févr. 2017, 9. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.3bc85b2a508d205ecc4a5534ecb1f9be>
 64. Jensen, T. O., S. Stelzer-Braid, C. Willenborg, C. Cheung, D. Andresen, W. Rawlinson, et coll. « Outbreak of respiratory syncytial virus (RSV) infection in immunocompromised adults on a hematology ward », *J Med Virol.*, 2016, 88(10):1827-31. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/jmv.24521>

65. Hababou, Y., A. Taleb, A. Recoing, F. Moreau, I. Simon, F. Muller de Schongor, et coll. « Molecular investigation of a RSV outbreak in a geriatric hospital », *BMC Geriatr.*, 2021, 21(1):120. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02064-6>
66. Haller, S., T. Eckmanns, J. Benzler, K. Tolksdorf, H. Claus, A. Gilsdorf, et coll. « Results from the first 12 months of the national surveillance of healthcare associated outbreaks in Germany, 2011/2012 », *PLoS One*, 2014, 9(5):e98100. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098100>
67. Gorges, R. J., R. T. Konetzka. « Staffing levels and COVID-19 cases and outbreaks in U.S. nursing homes », *J Am Geriatr Soc.*, 2020, 68(11):2462-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jgs.16787>
68. Musher, D. M. « How contagious are common respiratory tract infections? », *N Engl J Med.*, 2003, 348(13):1256-66. Disponible à : <https://doi.org/10.1056/NEJMra021771>
69. Leung, N. H. L. « Transmissibility and transmission of respiratory viruses », *Nat Rev Microbiol.*, 2021, 19(8):528-45. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/s41579-021-00535-6>
70. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *About hierarchy of controls*, [Internet], Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention, 2024 [cité le 6 juin 2024]. Disponible à : https://www.cdc.gov/niosh/hierarchy-of-controls/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html
71. Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). *Infectious disease threats risk assessment tool for acute care*, [Internet], Toronto, ON : ASSSP, 2020 [cité le 6 juin 2024]. Disponible à : <https://www.pshsa.ca/resources/infectious-disease-threats-risk-assessment-tool-for-acute-care>
72. *Établissements d'hébergement et de soins de santé*, Règl. de l'Ont., 67/93. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/930067>
73. *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, 2021, L.O. 2021, chap. 39, annexe 1. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/21f39>
74. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC); Prévention et contrôle des infections Canada (PCI Canada). *Ethical infection prevention and control (EIPAC) decision-making framework*, [Internet], Winnipeg, MB : PCI Canada, 2024 [cité le 29 août 2024]. Disponible à : <https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/2024-03-EthicsFramework-FINAL.pdf>
75. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé*, 3^e édition, Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2012/bp-ipac-hc-settings.pdf>
76. UK Health Security Agency. *SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England: technical briefing 31*, [Internet], London : droit d'auteur de la Couronne, 2021 [cité le 6 juin 2024]. Disponible à : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1042367/technical_briefing-31-10-december-2021.pdf
77. Arbel, R., A. Hammerman, R. Sergienko, M. Friger, A. Peretz, D. Netzer, et coll. « BNT162b2 vaccine booster and mortality due to Covid-19 », *N Engl J Med.*, 2021, 385(26):2413-20. Disponible à : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2115624>
78. Potter, J., D. J. Stott, M. A. Roberts, A. G. Elder, B. O'Donnell, P. V. Knight, et coll. « Influenza vaccination of health care workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients », *J Infect Dis.*, 1997, 175(1):1-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/infdis/175.1.1>
79. Carman, W. F., A. G. Elder, L. A. Wallace, K. McAulay, A. Walker, G. D. Murray, et coll. « Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial », *Lancet*, 2000, 355(9198):93-7. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)05190-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)05190-9)

80. Agence de la santé publique du Canada; Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2024–2025*, Ottawa, ON : Sa Majesté le Roi du chef du Canada; 2023. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/vaccines-immunization/national-advisory-committee-immunization-statement-seasonal-influenza-vaccine-2024-2025/ccni-declaration-2024-07-25.pdf>
81. Ontario. Ministère de la Santé. *Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation*. Infectious diseases protocol, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [modifié le 13 mai 2024; cité le 5 juin 2024]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/normes-de-sante-publique-de-lontario-exigences-relatives-aux-programmes-aux-services-et-la>
82. Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation, Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. *Guide canadien d'immunisation*, [Internet], éd. Evergreen, Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2015 [modifié le 22 sept. 2023; cité le 6 juin 2024]. Partie 3, Immunisation des travailleurs : Guide canadien d'immunisation. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-3-vaccination-populations-particulieres/page-11-immunisation-travailleurs.html#p3c10a2>
83. Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation. *Directives sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 à l'automne 2023*, Ottawa, ON : Sa Majesté le Roi du chef du Canada, 2023. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-directives-utilisation-vaccins-contre-covid-19-automne-2023.html>
84. Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation. *Addenda aux directives sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 à l'automne*, [Internet], Ottawa, ON : Sa Majesté le Roi du chef du Canada, 2023 [cité le 6 juin 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-resume-declaration-supplementaire-12-septembre-2023-addenda-directives-utilisation-vaccins-contre-covid-19-automne.html>
85. *Dispositions générales*, Règl. de l'Ont. 79/10. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/100079>
86. Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation, Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. *Guide canadien d'immunisation*, [Internet], éd. Evergreen, Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2015 [modifié le 8 sept. 2023; cité le 6 juin 2024], *Partie 4 : Agents immunisants, Vaccins contre la coqueluche (toux coquelucheuse)*, 2015. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-15-vaccin-contre-coqueluche.html>
87. Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation, Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. *Guide canadien d'immunisation*, [Internet], éd. Evergreen, Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2015 [modifié le 23 mars 2023; cité le 6 juin 2024], *Partie 3 : Vaccination de populations particulières : Immunisation des patients/résidents dans les établissements de santé*. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-3-vaccination-populations-particulieres/page-6-immunisation-patients-etablissements-sante.html>
88. Brown, K. A., A. Jones, N. Daneman, A. K. Chan, K. L. Schwartz, G. E. Garber, et coll. « Association between nursing home crowding and COVID-19 infection and mortality in Ontario, Canada »,

- JAMA Intern Med.*, 2021, 181(2):229-36. Disponible à :
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.6466>
89. Drinka, P. J., P. Krause, L. Nest, B. M. Goodman, S. Gravenstein. « Risk of acquiring influenza A in a nursing home from a culture-positive roommate », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2003, 24(11):872-4. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/502153>
 90. Drinka, P. J., P. F. Krause, L. J. Nest, B. M. Goodman, S. Gravenstein. « Risk of acquiring influenza B in a nursing home from a culture-positive roommate », *J Am Geriatr Soc.*, 2005, 53(8):1437. Disponible à : https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53433_1.x
 91. Sansone, M., Å. Wiman, M. L. Karlberg, M. Brytting, L. Bohlin, L. M. Andersson, et coll. « Molecular characterization of a nosocomial outbreak of influenza B virus in an acute care hospital setting », *J Hosp Infect.*, 2019, 101(1):30-7. Disponible à :
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.004>
 92. McCallum, M. K., G. Patriquin, I. R. C. Davis, T. MacDonald, D. Gaston, J. J. LeBlanc, et coll. « Factors contributing to a coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on a mixed medical-surgical unit in a Canadian acute-care hospital », *Antimicrob Steward Healthc Epidemiol.*, 2022, 2(1):e151. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ash.2022.288>
 93. Snyderman, D. R., C. Greer, H. C. Meissner, K. McIntosh. « Prevention of nosocomial transmission of respiratory syncytial virus in a newborn nursery », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 1988, 9(3):105-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/645804>
 94. Ulrich, R., X. Quan, C. Zimring, A. Joseph, R. Choudhary. « The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity », [Internet], Concord, CA : *Center for Health Design*, 2004 [cité le 6 juin 2024]. Disponible à :
https://www.healthdesign.org/system/files/Ulrich_Role%20of%20Physical_2004.pdf
 95. Groupe CSA. *CSA Z8004:F22 Foyers de soins de longue durée — exploitation et prévention et contrôle des infections*. Toronto, ON : Groupe CSA; 2022.
 96. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), *Stratégies de regroupement en cohorte pour faciliter le flux de lits dans les milieux de soins actifs*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022 [archivé en décembre 2023; cité le 6 juin 2024]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2022/01/cohorting-strategies-facilitate-bed-flow-acute-care.pdf?sc_lang=fr#:~:text=Geographical%20cohorting%20refers%20to%20restricting,from%20those%20who%20are%20not
 97. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care*, Genève : OMS, 2014. Disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112656/9789241507134_eng.pdf?sequence=1
 98. 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 édition, Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023.
 99. Thiel, C. L., P. Sreedhar, G. S. Silva, H. C. Greene, M. Seetharaman, M. Durr, et coll. « Conservation practices for personal protective equipment: a systematic review with focus on lower-income countries », *Int J Environ Res Public Health*, 2023, 20(3). Disponible à :
<https://doi.org/10.3390/ijerph20032575>
 100. Shrestha, N. K., Marco Canosa F., A. S. Nowacki, G. W. Procop, S. Vogel, T. G. Fraser, et coll. « Distribution of transmission potential during nonsevere COVID-19 illness », *Clin Infect Dis.*, 2020, 71(11):2927-32. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa886>
 101. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation (CVC) dans les immeubles et COVID-19*, [Internet], 2^e édition, 1^{re} révision, Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [modifié en avr. 2023; cité le 7 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2020/09/covid-19-hvac-systems-in-buildings.pdf?la=fr>

102. Agence de la santé publique du Canada. *Utilisation de la ventilation et de la filtration pour réduire la transmission par aérosols de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2021 [modifié le 12 avr. 2021; cité le 7 juin 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/guide-ventilation-esld-pandemie-covid-19.html>
103. ASHRAE. *ASHRAE terminology: a comprehensive glossary of terms for the built environment*, [Internet], Atlanta, GA : ASHRAE, 2024 [cité le 7 juin 2024]. Disponible à : <https://xp20.ashrae.org/terminology/>
104. Groupe CSA. *CSA Z317.2:F19 Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de soins de santé : exigences particulières*. Toronto, ON : Groupe CSA, 2019.
105. Ontario. Ministère des Soins de longue durée. *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022 [cité le 7 juin 2024]. Disponible à : https://ltchomes.net/LTCHPORTAL/Content/Snippets/12_IPAC_Standard-FR.pdf
106. Agence de la santé publique du Canada. *COVID 19 : Amélioration de la ventilation intérieure*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2022 [modifié le 22 juill. 2022; cité le 7 juin 2024], Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/prevention-risques/covid-19-amelioration-ventilation-interieure.html>
107. ASHRAE. *ANSI/ASHRAE/ASHE addenda P au document ANSI/ASHRAE/ASHE Standard 170-2017 : ventilation of health care facilities*, Atlanta, GA : ASHRAE, 2020.
108. Public Health England. *COVID-19 : infection prevention and control guidance*, [Internet], version 3.2, London : Droit d'auteur de la Couronne; 2020 [cité le 7 juin 2024]. Disponible à : [https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/2020-10/COVID-19 Infection prevention and control guidance complete.%203.2.%202020%29.pdf](https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/2020-10/COVID-19%20Infection%20prevention%20and%20control%20guidance%20complete.%203.2.%202020%29.pdf)
109. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Interim guidance for infection control within healthcare settings when caring for confirmed cases, probable cases, and cases under investigation for infection with novel influenza A viruses associated with severe disease*, [Internet], Atlanta, GA : CDC, 2022 [cité le 28 juin 2024]. Disponible à : https://www.cdc.gov/bird-flu/hcp/novel-flu-infection-control/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/flu/avianflu/novel-flu-infection-control.htm
110. ASHRAE. *ASHRAE standard 241-2023 : control of infectious aerosols*, Atlanta, GA : ASHRAE, 2023.
111. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *La désinfection par rayonnement ultraviolet (UV) et le SARS-CoV-2*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [modifié le 7 mars 2023; cité le 7 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/diseases-and-conditions/infectious-diseases/respiratory-diseases/novel-coronavirus/health-care-resources/uv-light-disinfection>
112. Abkar, L., K. Zimmermann, F. Dixit, A. Kheyrandish, M. Mohseni. « COVID-19 pandemic lesson learned- critical parameters and research needs for UVC inactivation of viral aerosols », *J Hazard Mater Adv.*, 2022, 8:100183. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.hazadv.2022.100183>
113. Atci, F., Y. E. Cetin, M. Avci, O. Aydi. « Evaluation of in-duct UV-C lamp array on air disinfection: a numerical analysis », *Science and Technology for the Built Environment*, 2020, 27(1):98-108. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/23744731.2020.1776549>
114. Inagaki, H., A. Saito, H. Sugiyama, T. Okabayashi, S. Fujimoto. « Rapid inactivation of SARS-CoV-2 with deep-UV LED irradiation », *Emerg Microbes Infect.*, 2020,9(1):1744-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1796529>
115. Luo, H., L. Zhong. « Numerical analysis of effects of ventilation conditions on an in-duct UVGI system for infection control », dans : L. L. Wang, H. Ge, Z. J. Zhai, D. Qi, M. Ouf, C. Sun, et coll., éditeurs. « Proceedings of the 5th International Conference on Building Energy and Environment », (COBEE 2022). Singapore : *Springer Nature Singapore*, 2022, p.1601-11.

- Disponible à : <https://www.springerprofessional.de/en/numerical-analysis-of-effects-of-ventilation-conditions-on-an-in/26004872>
116. Raeiszadeh, M., B. Adeli. « A critical review on ultraviolet disinfection systems against COVID-19 outbreak: applicability, validation, and safety considerations » *ACS Photonics*, 2020, 7(11):2941-51. Disponible à : <https://doi.org/10.1021/acsphotonics.0c01245>
 117. Gaillard, A., D. Lohse, D. Bonn, F. Yigit. « Reconciling airborne disease transmission concerns with energy saving requirements: the potential of UV-C pathogen deactivation and air distribution optimization », *arXiv*, 230109136v2 [Prétiré]. 29 janv. 2023 [cité le 7 juin 2024]. Disponible à : <https://doi.org/10.48550/arXiv.2301.09136>
 118. Li, J., Z. Cheng, Y. Zhang, N. Mao, S. Guo, Q. Wang, et coll. « Evaluation of infection risk for SARS-CoV-2 transmission on university campuses », *Sci Technol Built Environ.*, 2021, 27(9):1165-80. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/23744731.2021.1948762>
 119. Park, S., R. Mistrick, D. Rim. « Performance of upper-room ultraviolet germicidal irradiation (UVGI) system in learning environments: effects of ventilation rate, UV fluence rate, and UV radiating volume », *Sustain Cities Soc.*, 2022, 85:104048. Disponible à : <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.scs.2022.104048>
 120. Volchenkov, G. « Experience with UV-C air disinfection in some Russian Hospitals », *Photochem Photobiol.*, 2021, 97(3):549-51. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/php.13418>
 121. Henderson, J., B. Ma, M. Cohen, J. Dazey, J. S. Meschke, K. G. Linden. « Field study of early implementation of UV sources and their relative effectiveness for public health and safety », *J Occup Environ Hyg.*, 2022, 19(9):524-37. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/15459624.2022.2100404>
 122. Storm, N., L. G. A. McKay, S. N. Downs, R. I. Johnson, D. Birru, de Samber M., et coll. « Rapid and complete inactivation of SARS-CoV-2 by ultraviolet-C irradiation », *Sci Rep.*, 2020, 10(1):22421. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/s41598-020-79600-8>
 123. Biasin, M., A. Bianco, G. Pareschi, A. Cavalleri, C. Cavatorta, C. Fenizia, et coll. « UV-C irradiation is highly effective in inactivating SARS-CoV-2 replication », *Sci Rep.*, 2021, 11(1):6260. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85425-w>
 124. Ruetalo, N., R. Businger, M. Schindler. « Rapid, dose-dependent and efficient inactivation of surface dried SARS-CoV-2 by 254 nm UV-C irradiation », *Euro Surveill.*, 2021, 26 (42). Errata dans : *Euro Surveill.* Nov. 2021, 26(47). Disponible à : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2021.26.42.2001718>
 125. Buchan, A. G., L. Yang, K. D. Atkinson. « Predicting airborne coronavirus inactivation by far-UVC in populated rooms using a high-fidelity coupled radiation-CFD model », *Sci Rep.*, 2020, 10(1):19659. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/s41598-020-76597-y>
 126. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *COVID-19: upper-room ultraviolet germicidal irradiation (UVGI)*, [Internet], Atlanta, GA : CDC, 2021 [modifié le 9 avr. 2021; cité le 10 juin 2024]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/ventilation/uvgi.html#>
 127. Chen, T., J. O’Keeffe. *COVID-19 in indoor environments — air and surface disinfection measures*, [Internet], Vancouver, BC : National Collaborating Centre for Environmental Health, 2020 [cité le 10 juin 2024]. Disponible à : <https://ncceh.ca/sites/default/files/COVID-19%20in%20indoor%20environments%20%E2%80%94%20Air%20and%20surface%20disinfection%20measures%20Oct%202020%20update.pdf>
 128. Zhu, S., T. Lin, L. Wang, E. A. Nardell, R. L. Vincent, J. Srebric. « Ceiling impact on air disinfection performance of Upper-Room Germicidal Ultraviolet (UR-GUV) », *Build Environ.*, 2022, 224:109530. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2022.109530>
 129. Hou, M., J. Pantelic, D. Aviv. « Spatial analysis of the impact of UVGI technology in occupied rooms using ray-tracing simulation », *Indoor Air*, 2021, 31(5):1625-38. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/ina.12827>

130. Thornton, G. M., B. A. Fleck, N. Fleck, E. Kroeker, D. Dandnyak, L. Zhong, et coll. « The impact of heating, ventilation, and air conditioning design features on the transmission of viruses, including the 2019 novel coronavirus: a systematic review of ultraviolet radiation », *PLoS One*, 2022, 17(4):e0266487. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266487>
131. Schoen, L. J. « Evaluating ultraviolet germicidal irradiation », *ASHRAE J.*, 2021, 2021(Aug):26-30. Disponible à : https://www.ashrae.org/file%20library/technical%20resources/ashrae%20journal/2021journaldocuments/august2021_26-31_ieq_schoen.pdf
132. Feng, Y. Z. J., M. Spinolo, K. Lane, D. Leung, D. Marshall, et coll. « Assessing the filtration effectiveness of a portable ultraviolet air cleaner on airborne SARS-CoV-2 laden droplets in a patient room: a numerical study », *Aerosol Air Qual Res.*, 2021, 21(5):200608. Disponible à : <https://doi.org/10.4209/aaqr.200608>
133. Santé Canada. *Utiliser un purificateur d'air portatif pour améliorer l'air intérieur*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2021 [modifié le 24 déc. 2021; cité le 10 juin 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/qualite-air/contaminants-air-interieur/choisir-purificateur-portatif.html>
134. Brown, K., D. Shore. « Upper-room ultraviolet germicidal irradiation (UVGI): what you need to know before buying », 22 nov. 2022 [cité le 10 juin 2024]. Dans : *Insights blog*, [Internet], Newton, MA : *Environmental Health & Engineering, Inc.*, [2018]—. Disponible à : <https://eheinc.com/blog/upper-room-ultraviolet-germicidal-irradiation-uvgi-what-you-need-to-know-before-buying/>
135. United States Environmental Protection Agency (EPA). *What is upper-room ultraviolet germicidal irradiation (UVGI)? what is HVAC UVGI? can either be used to disinfect the air and help protect myself from COVID?*, [Internet], Washington, DC : EPA; 2023 [modifié le 6 mai 2024; cité le 10 juin 2024]. Disponible à : <https://www.epa.gov/coronavirus/what-upper-room-ultraviolet-germicidal-irradiation-uvgi-what-hvac-uvgi-can-either-be>
136. Heßling, M., K. Hönes, P. Vatter, C. Lingenfelder. « Ultraviolet irradiation doses for coronavirus inactivation - review and analysis of coronavirus photoinactivation studies », *GMS Hyg Infect Control*, 2020, 15:Doc08. Disponible à : <https://doi.org/10.3205/dgkh000343>
137. United States Environmental Protection Agency (EPA). *Air cleaners, HVAC filters, and coronavirus (COVID-19)*, [Internet], Washington, DC : EPA; 2022 [modifié le 6 mai 2024; cité le 10 juin 2024]. Disponible à : <https://www.epa.gov/coronavirus/air-cleaners-hvac-filters-and-coronavirus-covid-19>
138. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Ventilateurs et climatiseurs portatifs dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite pendant la COVID-19*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [archivé le 14 mars 2023, cité le 10 juin 2024]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/ltrh/2020/08/covid-19-fans-air-conditioning-ltrh.pdf?rev=8ed501a25c2549659eabe5bc811f3d65&sc_lang=fr
139. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *The industrial environment - its evaluation and control*, [Internet], Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention, 1973 [cité le 10 juin 2024]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/niosh/docs/74-117/default.html>
140. Rhame F. S. « Endemic nosocomial filamentous fungal disease: a proposed structure for conceptualizing and studying the environmental hazard », *Infect Control*, 1986, 7(2 Suppl):124-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/s0195941700065644>
141. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). « Guidelines for preventing the transmission of mycobacterium tuberculosis in health-care facilities, 1994 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 1994, 43(RR13):1-132. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00035909.htm>
142. BC Centre for Disease Control; BC Ministry of Health. *Infection prevention and control (IPC) protocol for pediatric surgical procedures during covid-19*, [Internet], Vancouver, BC : Provincial

- Health Services Authority, 2021 [modifié le 25 mai 2021; cité le 10 juin 2024]. Disponible à : http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_IPCProtocolSurgicalProceduresPediatric.pdf
143. BC Centre for Disease Control; BC Ministry of Health. *Infection prevention and control (IPC) protocol for adult surgical procedures during the covid-19 pandemic*, [Internet], Vancouver, BC : Provincial Health Services Authority, 2021 [modifié le 11 mai 2021; cité le 10 juin 2024]. Disponible à : http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_IPCProtocolSurgicalProceduresAdult.pdf
144. Provincial Infection Control Network of British Columbia (PICNet). *Appendix A: British Columbia best practices for environmental cleaning for prevention and control of infections in all healthcare settings and programs*, [Internet], Vancouver, BC : Provincial Health Services Authority, 2016 [cité le 10 juin 2024]. Disponible à : <https://picnet.ca/wp-content/uploads/British-Columbia-Best-Practices-for-Environmental-Cleaning-for-Prevention-and-Control-of-Infections-in-All-Healthcare-Settings-and-Programs.pdf>
145. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Interim infection prevention and control recommendations for healthcare personnel during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic*, [Internet], Atlanta, GA : CDC, 2023 [modifié le 8 mai 2023; archivé le 28 juin 2023; cité le 10 juin 2024]. Disponible à : <https://archive.cdc.gov/#/details?q=which%20procedures%20are%20aerosol%20generating&start=0&rows=10&url=https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
146. Sehulster, L. M., R. Y. W. M. J. Chinn Arduino, J. Carpenter, R. Donlan, D. Ashford, et coll. « Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee », [Internet], Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention, 2003 [modifié en juill. 2019; cité le 27 juin 2024]. Disponible à : https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/guideline-environmental-h.pdf?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines-P.pdf
147. Queensland Health. *Acute respiratory infection – infection prevention and control*, [Internet], version 2.3, Brisbane : State of Queensland, 2024 [cité le 10 juin 2024]. Disponible à : https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0025/1246228/acute-respiratory-infection.pdf
148. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Prévention et gestion de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite*, [Internet]. 4^e édition, Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ltcrh/2020/06/covid-19-prevention-management-ltcrh.pdf?la=fr>
149. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Variant Omicron du SRAS-CoV-2 et port du masque dans la communauté*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [archivé le 5 déc. 2023; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/voc/2021/12/omicron-variant-community-masking.pdf?sc_lang=fr
150. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices sur la prévention et le contrôle du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO) dans les établissements de soins actifs*, Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2016. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/lignes-directrices-prevention-et-contrôle-coronavirus-syndrome-respiratoire-moyen-orient-cov-srmo-etablissements-soins-actifs.html>

151. Eykelbosh, A.; National Collaborating Centre for Environmental Health (NCCEH). *A rapid review of the use of physical barriers in non-clinical settings and COVID-19 transmission*, Vancouver, BC : NCCEH, 2021. Disponible à : <https://ncceh.ca/sites/default/files/FINAL%20Partitions%20doc%20-%20Nov%2017%202021%20v2.pdf>
152. Groupe CSA. CSA Z8000:F18 *Établissements de santé canadiens*, Toronto, ON : Groupe CSA, 2018.
153. Agence de la santé publique du Canada. *Résumé de données probantes à l'appui des mesures de santé publique liées à la COVID-19*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2023 [modifié le 27 janv. 2023, cité le 22 juill. 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/resume-donnees-probantes-appui-mesures-sante-publique-covid-19.html>
154. Ontario. Ministère de la Santé. Ministère des soins de longue durée. *Gestion des situations d'urgence : Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe de 2013* [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013 [archivé le 5 mai 2022]. Disponible à : https://wayback.archive-it.org/16312/20220506120814/https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/emb/pan_flu/pan_flu_plan.aspx
155. BC Centre for Disease Control; BC Ministry of Health. *COVID-19 infection prevention and control: guidance for acute health-care settings*, [Internet], Vancouver, BC : Provincial Health Services Authority, 2021 [modifié le 30 août 2021; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_IPCGuidance_AcuteCare.pdf
156. Institut national de santé publique du Québec. *Mesures de prévention et contrôle des infections à l'urgence*, Québec, QC : Gouvernement du Québec, 2015. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1742_mesprevcontrinfecturgence.pdf
157. Agence de la santé publique du Canada. *Prévention et contrôle de la grippe durant une pandémie pour tous les milieux de soins*, Annexe F, Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2011. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cpip-pclcpi/assets/pdf/ann-f-fra.pdf>
158. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : Regroupement en cohorte lors d'éclosions de COVID-19 dans des foyers de soins de longue durée*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022 [archivé en déc. 2023, cité le 11 juin 2024]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ltcrh/2020/11/covid-19-outbreak-cohorting-ltch.pdf?sc_lang=fr
159. *Fire Code*, Règl. de l'Ont. 213/07, c 4, s 2.2. Disponible à : <https://www.ontario.ca/laws/regulation/070213>
160. Neil-Sztramko, S.E. H.L. T.A., R. Traynor, S. Hopkins, K. Stoby, et coll. « COVID-END PHSM LES Working Group. Effectiveness of physical distancing in reducing transmission of COVID-19 and other respiratory infections in non-health care community-based settings », [Internet], Hamilton, ON : National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2023 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/living-evidence-syntheses/covid-19-living-evidence-synthesis-16-1b---effectiveness-of-physical-distancing-in-reducing-transmission-of-covid-19.pdf?sfvrsn=f52f0735_3%2056.CSA%20Group.%20CSA%20Z317.2:19%20Special%20requirements%20for%20heating,%20ventilation,%20and%20air-conditioning
161. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Mesures intérimaires de prévention et de contrôle des infections en fonction des risques de transmission*

- des virus respiratoires dans les établissements de soins de santé*, 1^{re} révision, Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023.
162. Talic, S., S. Shah, H. Wild, D. Gasevic, A. Maharaj, Z. Ademi, et coll. « Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis », *Bmj*, 2021, 375:e068302. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068302>
 163. Chu, D. K., E. A. Akl, S. Duda, K. Solo, S. Yaacoub, H. J. Schünemann. « Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis », *Lancet*, 2020, 395(10242):1973-87. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31142-9)
 164. Ontario. Ministère de la Santé. *Normes de santé publique de l'Ontario : Exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation Protocole concernant les maladies infectieuses, Annexe 1 : Définitions de cas et information propre à chaque maladie. Maladie : Maladies causées par un nouveau coronavirus, y compris la maladie à coronavirus (COVID-19), le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (SRMO)*, En vigueur : septembre 2023, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/files/2023-12/moh-ophs-novel-coronavirus-fr-2023-12-01.pdf>
 165. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages*, [Internet], Genève : OMS, 2020 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages)
 166. Siegel, J.D. E. Rhinehart, M. Jackson, L. Chiarello; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. « 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings », [Internet], Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention, 2007 [modifié en juill. 2023; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/guideline-isolation-h.pdf?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf
 167. National Health and Medical Research Council. *Australian guidelines for the prevention and control of infection in healthcare*, Canberra : Commonwealth d'Australie, 2019. Disponible à : https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2023-04/d21-223_australian_guidelines_for_the_prevention_and_control_of_infection_in_healthcare_current_version_v11.18_30_march_2023.pdf
 168. National Health Service England. *National infection prevention and control manual (NIPCM) for England*, [Internet], Version 2.9. Leeds : Crown Copyright, 2024 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.england.nhs.uk/national-infection-prevention-and-control-manual-nipcm-for-england/>
 169. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Principes clés de prévention et de contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique durant la pandémie de COVID-19*, [Internet], 2^e édition, Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2020/09/checklist-assessment-primary-care-spec-walk-in-clinics.pdf?sc_lang=fr
 170. Ontario. Ministère des Soins de longue durée. *COVID-19 : Document d'orientation pour les foyers de soins de longue durée en Ontario*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 19 avr. 2024; cité le 11 juin 2024]. Disponible à :

- <https://www.ontario.ca/fr/page/covid-19-document-dorientation-pour-les-foyers-de-soins-de-longue-duree-en-ontario>
171. Agence de la santé publique du Canada. *Prévention et contrôle des infections de la maladie COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins de longue durée*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2021 [modifié le 25 janv. 2022; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/prevention-controle-covid-19-foyers-soins-longue-duree.html>
 172. Alberta Health Services. *IPC recommendations for emergency departments/urgent care centres/maternal triage waiting areas*, [Internet], Edmonton, AB : Alberta Health Services, 2020 [modifié le 23 juin 2023; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/ipc/hi-ipc-covid-res-emerg-waiting-areas-ifsht.pdf>
 173. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Assouplissement des mesures de lutte contre la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite*, [Internet], 1^{re} révision, Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 31 mai 2021; archivé le 4 mars 2023; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ltrh/2020/06/covid-19-outbreak-de-escalation-ltch.pdf?la=fr>
 174. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Prévention et contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique*, [Internet], 1^{re} révision, Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2013 [modifié en avr. 2015; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2013/bp-clinical-office-practice.pdf>
 175. BC Centre for Disease Control; BC Ministry of Health. *COVID-19 infection prevention and control: guidance for primary care practitioners, community-based physicians, nurse practitioners, nurses and midwives in clinic settings*, [Internet], Vancouver, BC : Provincial Health Services Authority, 2021 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_IPCGuidanceCommunityBasedHCPsClinicSettings.pdf
 176. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Lignes directrices provisoires sur la prévention et le contrôle des variants préoccupants du SRAS- CoV-2 à l'intention des lieux de soins de santé*, [Internet], 2^e révision, Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié en août 2021, cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/voc/2021/02/pidac-interim-guidance-sars-cov-2-variants.pdf?la=fr>
 177. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). *Considerations for infection prevention and control practices in relation to respiratory viral infections in healthcare settings*, [Internet], Stockholm : ECDC, 2023 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Considerations%20for%20IPC%20respiratory%20viral%20infections%20in%20HC%20settings.pdf>
 178. BC Centre for Disease Control; BC Ministry of Health. *COVID-19: infection prevention and control guidelines for surgery in non-hospital medical surgical facilities*, [Internet], Vancouver, BC : Provincial Health Services Authority, 2020 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/IPC_Guidance_Surgeries_Non-Hospital_Sites.pdf
 179. BC Centre for Disease Control; BC Ministry of Health. *COVID-19: infection prevention and control guidance for community-based allied health care providers in clinic settings*, [Internet], Vancouver, BC : Provincial Health Services Authority, 2020 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_IPCGuidelinesCommunityBasedAlliedHCPsClinicSettings.pdf

180. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed: interim guidance*, [Internet], Genève : OMS, 2021 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342620/WHO-2019-nCoV-IPC-2021.1-eng.pdf?sequence=1>
181. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Prévention et contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée : résumé des principes de base et pratiques exemplaires*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [cité le 6 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/i/2021/ipac-ltch-principles-best-practices.pdf?la=fr>
182. Agence de la santé publique du Canada. *Grippe saisonnière - Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections pour la gestion dans le contexte des soins à domicile*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2024 [modifié le 2 mai 2024; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/infections-nosocomiales-professionnelles/grippe-saisonniere-lignes-directrices-prevention-contrôle-infections-gestion-contexte-soins-a-domicile.html>
183. Ambrosch, A., F. Rockmann, F. Klawonn, B. Lampl. « Effect of a strict hygiene bundle for the prevention of nosocomial transmission of SARS-CoV-2 in the hospital: a practical approach from the field », *J Infect Public Health*, 2020, 13(12):1862-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.10.005>
184. Seidelman, J. L., S. S. Lewis, S. D. Advani, I. C. Akinboyo, C. Epling, M. Case, et coll. « Universal masking is an effective strategy to flatten the severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) healthcare worker epidemiologic curve », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2020, 41(12):1466-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2020.313>
185. Schwartz, C., Y. Oster, C. Slama, S. Benenson. « A dynamic response to exposures of health care workers to newly diagnoses COVID-19 patients or hospital personnel, in order to minimize cross-transmission and the need for suspension from work during the outbreak », *Open Forum Infect Dis.*, 2020, 7(9):ofaa384. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa384>
186. Wang, D. D., W. W. O'Neill, M. J. Zervos, J. E. McKinnon, D. Allard, G. J. Alangaden, et coll. « Association between implementation of a universal face mask policy for healthcare workers in a health care system and SARS-CoV-2 positivity testing rate in healthcare workers », *J Occup Environ Med.*, 2021, 63(6):476-81. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002174>
187. Most, Z. M., B. Phillips, M. E. Seibert. « Healthcare-associated respiratory viral infections after discontinuing universal masking », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2024, 45(2):247-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2023.200>
188. Caplin, B., D. Ashby, K. McCafferty, R. Hull, E. Asgari, M. L. Ford, et coll. « Risk of COVID-19 disease, dialysis unit attributes, and infection control strategy among London in-centre hemodialysis patients », *Clin J Am Soc Nephrol.*, 2021, 16(8):1237-46. Disponible à : <https://doi.org/10.2215/cjn.03180321>
189. Ambrosch, A., D. Lubber, F. Klawonn, M. Kabesch. « A strict mask policy for hospital staff effectively prevents nosocomial influenza infections and mortality: monocentric data from five consecutive influenza seasons », *J Hosp Infect.*, 2022, 121:82-90. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.12.010>
190. Adawee, M. O., R. E. Brum, L. J. Ellsworth. « Examining common characteristics among healthcare personnel positive for COVID-19 and the effectiveness of healthcare personnel mask use in preventing COVID-19 in a large health system in central Michigan », *J Occup Environ Med.*, 2021, 63(3):226-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002077>
191. Temkin, E., M. J. Schwaber, A. Vaturi, E. Nadir, R. Zilber, O. Barel, et coll. « Effect of a national policy of universal masking and uniform criteria for severe acute respiratory coronavirus virus

- 2 (SARS-CoV-2) exposure on hospital staff infection and quarantine », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2022, 43(6):757-63. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2021.207>
192. Kociolek, L. K., A. B. Patel, J. F. Hultquist, E. A. Ozer, L. M. Simons, M. McHugh, et coll. « Viral whole-genome sequencing to assess impact of universal masking on SARS-CoV-2 transmission among pediatric healthcare workers », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2022, 43(10):1408-12. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2021.415>
193. Jacobs, J. L., S. Ohde, O. Takahashi, Y. Tokuda, F. Omata, T. Fukui. « Use of surgical face masks to reduce the incidence of the common cold among health care workers in Japan: a randomized controlled trial », *Am J Infect Control*, 2009, 37(5):417-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2008.11.002>
194. MacIntyre, C. R., H. Seale, T. C. Dung, N. T. Hien, P. T. Nga, A. A. Chughtai, et coll. « A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers », *BMJ Open*, 2015, 5(4):e006577. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006577>
195. Mehra, R., B. J. Patterson, P. A. Riley, T. D. Planche, A. S. Breathnach. « Impact of removing the healthcare mask mandate on hospital-acquired COVID-19 rates », *J Hosp Infect.*, 2024, 145:59-64. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2023.12.004>
196. Francis, R., M. Leavitt, C. McLelland, D. F. Hamilton. « The influence of facemasks on communication in healthcare settings: a systematic review », *Disabil Rehabil.*, 2024, 46(4):637-49. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2176553>
197. Grassi, J., I. B. Oliveira, L. F. Chiriboga, A. A. Maia, M. Attianezi, A. N. P. Almeida. « Effects on communication due to face mask use: an integrative review », *Rev Bras Enferm.*, 2023, 76(4):e20220674. Disponible à : <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0674>
198. Landelle, C., G. Birgand, J. R. Price, N. T. Mutters, D. J. Morgan, J. C. Lucet, et coll. « Considerations for de-escalating universal masking in healthcare centers », *Antimicrob Steward Healthc Epidemiol.*, 2023, 3(1):e128. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ash.2023.200>
199. Onakpoya, I. J., C. J. Heneghan, E. A. Spencer, J. Brassey, A. Plüddemann, D. H. Evans, et coll. « SARS-CoV-2 and the role of close contact in transmission: a systematic review », *F1000Res.*, 2022, 10:e280. Disponible à : <https://doi.org/10.12688/f1000research.52439.3>
200. Byambasuren, O., E. Beller, J. Clark, P. Collignon, P. Glasziou. « The effect of eye protection on SARS-CoV-2 transmission: a systematic review », *Antimicrob Resist Infect Control*, 2021, 10(1):156. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s13756-021-01025-3>
201. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Pleins feux sur : Regroupement en cohorte lors d'éclotions de virus respiratoires*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024 [cité le 24 juin 2024]. Disponible à : <http://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/24/cohorting-respiratory-virus-outbreaks.pdf>
202. Walsh, E. E., C. Cox, A. R. Falsey. Clinical features of influenza « A virus infection in older hospitalized persons », *J Am Geriatr Soc.*, 2002, 50(9):1498-503. Disponible à : <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50404.x>
203. Kuster, S. P., S. Drews, K. Green, J. Blair, I. Davis, J. Downey, et coll. « Epidemiology of influenza-associated hospitalization in adults, Toronto, 2007/8 », *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*, 2010, 29(7):835-43. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10096-010-0935-x>
204. Babcock, H. M., L. R. Merz, E. R. Dubberke, V. J. Fraser. « Case-control study of clinical features of influenza in hospitalized patients », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2008, 29(10):921-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/590663>
205. Monmany, J., N. Rabella, N. Margall, P. Domingo, I. Gich, G. Vázquez. « Unmasking influenza virus infection in patients attended to in the emergency department », *Infection*, 2004, 32(2):89-97. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s15010-004-3088-y>
206. Babcock, H. M., L. R. Merz, V. J. Fraser. « Is influenza an influenza-like illness? Clinical presentation of influenza in hospitalized patients », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2006, 27(3):266-70. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/501539>

207. van den Dool, C., E. Hak, J. Wallinga, A. M. van Loon, J. W. Lammers, M. J. Bonten. « Symptoms of influenza virus infection in hospitalized patients » *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2008, 29(4):314-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1086/529211>
208. Loeb, M., N. Dafoe, J. Mahony, M. John, A. Sarabia, V. Glavin, et coll. « Surgical mask vs N95 respirator for preventing influenza among health care workers: a randomized trial », *JAMA*, 2009, 302(17):1865-71. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1466>
209. Radonovich, L. J., Jr., M. S. Simberkoff, M. T. Bessesen, A. C. Brown, D. A. T. Cummings, C. A. Gaydos, et coll. « N95 respirators vs medical masks for preventing influenza among health care personnel: a randomized clinical trial », *JAMA*, 2019, 322(9):824-33. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jama.2019.11645>
210. Alberta Health Services. *COVID-19 Scientific Advisory Group rapid evidence report- interim update: masking guidance for healthcare workers*, [Internet], Edmonton, AB : Alberta Health Services, 2021 [modifié le 24 nov. 2021; cité le 24 juin 2024]. Disponible à : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-sag-rapid-evidence-report-mask-guidance-healthcare-workers.pdf>
211. Smith, J. D., C. C. MacDougall, J. Johnstone, R. A. Copes, B. Schwartz, G. E. Garber. « Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks in protecting health care workers from acute respiratory infection: a systematic review and meta-analysis », *CMAJ*, 2016, 188(8):567-74. Disponible à : <https://doi.org/10.1503/cmaj.150835>
212. Bartoszko, J. J., M. A. M. Farooqi, W. Alhazzani, M. Loeb. « Medical masks vs N95 respirators for preventing COVID-19 in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis of randomized trials », *Influenza Other Respir Viruses*, 2020, 14(4):365-73. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/irv.12745>
213. Kim, M. S., D. Seong, H. Li, S. K. Chung, Y. Park, M. Lee, et coll. « Comparative effectiveness of N95, surgical or medical, and non-medical facemasks in protection against respiratory virus infection: a systematic review and network meta-analysis », *Rev Med Virol.*, 2022, 32(5):e2336. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/rmv.2336>
214. Kunstler, B., S. Newton, H. Hill, J. Ferguson, P. Hore, B. G. Mitchell, et coll. « P2/N95 respirators & surgical masks to prevent SARS-CoV-2 infection: effectiveness & adverse effects », *Infect Dis Health*, 2022, 27(2):81-95. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.idh.2022.01.001>
215. Chou, R., T. Dana, R. Jungbauer. « Update alert 8: masks for prevention of respiratory virus infections, including SARS-CoV-2, in health care and community settings », *Ann Intern Med.*, 2022, 175(9):W108-w9. Disponible à : <https://doi.org/10.7326/l22-0272>
216. Sims, M. D., G. N. Maine, K. L. Childers, R. H. Podolsky, D. R. Voss, N. Berkiw-Scenna, et coll. « Coronavirus disease 2019 (COVID-19) seropositivity and asymptomatic rates in healthcare workers are associated with job function and masking », *Clin Infect Dis.*, 2021, 73(Suppl 2):S154-s62. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1684>
217. Wilson, S., A. Mouet, C. Jeanne-Leroy, F. Borgey, E. Odinet-Raulin, X. Humbert, et coll. « Professional practice for COVID-19 risk reduction among health care workers: a cross-sectional study with matched case-control comparison », *PLoS One*, 2022, 17(3):e0264232. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264232>
218. Rodriguez-Lopez, M., B. Parra, E. Vergara, L. Rey, M. Salcedo, G. Arturo, et coll. « A case-control study of factors associated with SARS-CoV-2 infection among healthcare workers in Colombia », *BMC Infect Dis.*, 2021, 21(1):878. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06581-y>
219. Rosser, J. I., R. Tayyar, R. Giardina, P. Kolonoski, D. Kenski, P. Shen, et coll. « Case-control study evaluating risk factors for SARS-CoV-2 outbreak amongst healthcare personnel at a tertiary care center », *Am J Infect Control*, 2021, 49(12):1457-63. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.09.004>
220. Haller, S., S. Güsewell, T. Egger, G. Scanferla, R. Thoma, O. B. Leal-Neto, et coll. « Impact of respirator versus surgical masks on SARS-CoV-2 acquisition in healthcare workers: a prospective

- multicentre cohort », *Antimicrob Resist Infect Control*, 2022, 11(1):27. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01070-6>
221. Mastan, S., R. A. Malik, C. P. Charalambous, M. Abdulla, J. Alonge, R. Chelva, et coll. « COVID-19 infection is related to differences in the use of personal protective equipment by orthopaedic specialist trainees caring for hip fracture patients during the second surge of COVID-19 in the North West of England », *Eur J Orthop Surg Traumatol.*, 2021, 31(5):989-93. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s00590-021-03006-z>
222. Schmitz, D., M. Vos, R. Stolmeijer, H. Lameijer, T. Schönberger, M. I. Gaakeer, et coll. « Association between personal protective equipment and SARS-CoV-2 infection risk in emergency department healthcare workers », *Eur J Emerg Med.*, 2021, 28(3):202-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/mej.0000000000000766>
223. Li, A., J. Slezak, A. M. Maldonado, J. Concepcion, C. V. Maier, G. Rieg. « SARS-CoV-2 positivity and mask utilization among health care workers », *JAMA Netw Open*, 2021, 4(6):e2114325-e. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.14325>
224. Jefferson, T., C. B. Del Mar, L. Dooley, E. Ferroni, L. A. Al-Ansary, G. A. Bawazeer, et coll. « Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses », *Cochrane Database Syst Rev.*, 2011, 2011(7):Cd006207. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub4>
225. Brooks, J. T., D. H. Beezhold, J. D. Noti, J. P. Coyle, R. C. Derk, F. M. Blachere, et coll. « Maximizing fit for cloth and medical procedure masks to improve performance and reduce SARS-CoV-2 transmission and exposure, 2021 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2021, 70(7):254-7. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7007e1>
226. Loeb, M., A. Bartholomew, M. Hashmi, W. Tarhuni, M. Hassany, I. Youngster, et coll. « Medical masks versus N95 respirators for preventing COVID-19 among health care workers: a randomized trial », *Ann Intern Med.*, 2022, 175(12):1629-38. Disponible à : <https://doi.org/10.7326/m22-1966>
227. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Review of "Medical masks versus N95 respirators for preventing COVID-19 among health care workers: a randomized trial"*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2022 [cité le 24 juin 2024]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/Research/2022/12/synopsis-medical-masks-versus-n95.pdf?sc_lang=en&rev=ce21212defad44e48fafaafabe218e92&hash=4DC91A4BF8E57E2ED334181B78CB04FA
228. Ueki, H., Y. Furusawa, K. Iwatsuki-Horimoto, M. Imai, H. Kabata, H. Nishimura, et coll. « Effectiveness of face masks in preventing airborne transmission of SARS-CoV-2 », *mSphere*, 2020, 5(5). Disponible à : <https://doi.org/10.1128/mSphere.00637-20>
229. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *WHO recommendations on mask use by health workers, in light of the Omicron variant of concern: WHO interim guidelines, 22 décembre 2021*, [Internet], Genève : OMS, 2021 [cité le 24 juin 2024]. Disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350925/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Health_Workers-Omicron_variant-2021.1-eng.pdf?sequence=1
230. *Dispositions générales*, Règl. de l'Ont. 246/22. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/r22246>
231. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Ce que nous savons jusqu'à présent sur les autres voies de transmission de la COVID-19*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [cité le 24 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2020/12/routes-transmission-covid-19.pdf?la=fr>
232. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care*. Genève : OMS, 2014, Annexe L :

- summaries of relevant systematic reviews of the literature. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK214347/>
233. Schwartz, K. L., M. P. Muller, V. Williams, R. Harry, S. Booker, K. Katz, et coll. « Coronavirus disease 2019 (COVID-19) risk among healthcare workers performing nasopharyngeal testing », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2022, 43(3):395-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2021.354>
234. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Outil de surveillance des virus respiratoires en Ontario*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024 [modifié le 7 juin 2024; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/infectious-disease/respiratory-virus-tool>
235. *Rapports*, R.R.O. 1990, Règl. 569. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/900569>
236. Agence de la santé publique du Canada. *Conseils de santé aux voyageurs*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2023 [modifié le 8 fév. 2023; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : https://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/conseils-sante-voyageurs?_ga=2.218626329.1654974661.1727795032-628088250.1727795031
237. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7 Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07>
238. *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>
239. Ontario. Ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences. *Déclaration des incidents et des maladies sur le lieu de travail*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018 [modifié le 2 janv. 2024; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/declaration-des-incident-et-des-maladies-sur-le-lieu-de-travail>
240. Ontario. Ministère de la Santé. *Ontario public health standards: requirements for programs, services and accountability. Infectious disease protocol. Appendix 1: case definitions and disease-specific information. Disease: respiratory infection outbreaks in institutions and public hospitals*. [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/normes-de-sante-publique-de-lontario-exigences-relatives-aux-programmes-aux-services-et-la> (pour consulter l'annexe 1 du document [Respiratory infection outbreaks in institutions and public hospitals](#) [en anglais seulement] voir sous la lettre « R » de la section Protocole concernant les maladies infectieuses des Normes de santé publique de l'Ontario)
241. 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*, [Internet], 3^e édition, Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/B/2018/bp-environmental-cleaning.pdf?rev=a0eaf1ef2318432dbbf2c9e7b16362ec&sc_lang=fr&hash=84BDCFCE0B24B008725C783D2F7DA756
242. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Vérification relative à l'équipement de protection individuelle (ÉPI)*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [modifié le 30 nov. 2023; cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/infection-prevention-control/ppe-auditing>

243. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Respiratory viruses (including influenza)*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024 [modifié le 15 janv. 2024; cité le 8 juill. 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/en/Laboratory-Services/Test-Information-Index/Virus-Respiratory>
244. Xiao, A. T., Y. X. Tong, S. Zhang. « Profile of RT-PCR for SARS-CoV-2: a preliminary study from 56 COVID-19 patients », *Clin Infect Dis*. 2020;71(16):2249-51. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa460>
245. 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, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/main/2020/09/cycle-threshold-values-sars-cov2-pcr.pdf?la=fr>
246. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Aperçu : Médicaments antiviraux contre la grippe saisonnière en 2024-2025 : considérations de santé publique*, [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/A/2023/antiviral-medications-seasonal-influenza.pdf?rev=cf32ccda7ef74d839ef02a19c9ebe8a6&sc_lang=fr
247. Aoki, F. Y., U. D. Allen, S. Mubareka, J. Papenburg, H. G. Stiver, G. A. Evans. « Use of antiviral drugs for seasonal influenza: foundation document for practitioners-update 2019 », *J Assoc Med Microbiol Infect Dis Can.*, 2019, 4(2):60-82. Disponible à : <https://doi.org/10.3138/jammi.2019.02.08>
248. Aoki, F. Y., J. Papenburg, S. Mubareka, U. D. Allen, T. F. Hatchette, G. A. Evans. « 2021-2022 AMMI Canada guidance on the use of antiviral drugs for influenza in the COVID-19 pandemic setting in Canada », *J Assoc Med Microbiol Infect Dis Can.*, 2022, 7(1):1-7. Disponible à : <https://doi.org/10.3138/jammi-2022-01-31>
249. Hammond, J., C. Yunis, R. J. Fountaine, G. Luscan, A. M. Burr, W. Zhang, et coll. « Oral nirmatrelvir–ritonavir as postexposure prophylaxis for Covid-19 », *N Engl J Med.*, 2024, 391(3):224-34. Disponible à : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2309002>
250. Ontario. Ministère de la Santé. *Protocole de gestion des éclosions dans le milieu institutionnel et les établissements et le milieu institutionnel, 2023*, Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023. Disponible à : <https://files.ontario.ca/moh-institutional-facility-outbreak-management-protocol-fr-2023.pdf>
251. Lessler, J., N. G. Reich, R. Brookmeyer, T. M. Perl, K. E. Nelson, D. A. Cummings. « Incubation periods of acute respiratory viral infections: a systematic review », *Lancet Infect Dis.*, 2009, 9(5):291-300. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(09\)70069-6](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(09)70069-6)
252. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Le variant préoccupant Omicron de la COVID-19 et sa transmissibilité — Ce que nous savons jusqu'à présent*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2022/01/wwksf-omicron-communicability.pdf>
253. 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, 5(8):e2228008. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.28008>
254. 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, 76(5):690-5.e1. Disponible à : <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.07.001>
255. Bigelow, B. F., O. Tang, G. R. Toci, N. Stracker, F. Sheikh, Jacobs Slifka K.M., et coll. « Transmission of SARS-CoV-2 involving residents receiving dialysis in a nursing home - Maryland, April 2020 »,

- MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2020, 69(32):1089-94. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932e4>
256. 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, 31(8):1815-23. Disponible à : <https://doi.org/10.1681/asn.2020040534>
257. La Milia, 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, 5(7):1095-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.05.019>
258. 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, 7:2054358120944298. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/2054358120944298>
259. 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, 72(2):265-70. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa491>
260. 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, 31(7):1398-408. Disponible à : <https://doi.org/10.1681/asn.2020040461>
261. Tran, K., K. Cimon, M. Severn, C. L. Pessoa-Silva, J. Conly. « Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review », *PLoS One*, 2012, 7(4):e35797. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035797>
262. Tian, C., O. Lovrics, A. Vaisman, K. J. Chin, G. Tomlinson, Y. Lee, et coll. « Risk factors and protective measures for healthcare worker infection during highly infectious viral respiratory epidemics: a systematic review and meta-analysis », *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2022, 43(5):639-50. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2021.18>
263. Leal, J., B. Farkas, L. Mastikhina, J. Flanagan, B. Skidmore, C. Salmon, et coll. « Risk of transmission of respiratory viruses during aerosol-generating medical procedures (AGMPs) revisited in the COVID-19 pandemic: a systematic review », *Antimicrob Resist Infect Control*, 2022, 11(1):102. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01133-8>
264. Wilson, J., G. Carson, S. Fitzgerald, M. J. Llewelyn, D. Jenkins, S. Parker, et coll. « Are medical procedures that induce coughing or involve respiratory suctioning associated with increased generation of aerosols and risk of SARS-CoV-2 infection? a rapid systematic review », *J Hosp Infect.*, 2021, 116:37-46. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.06.011>
265. Chan, V. W., H. H. Ng, L. Rahman, A. Tang, K. P. Tang, A. Mok, et coll. « Transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 1 and severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 during aerosol-generating procedures in critical care: a systematic review and meta-analysis of observational studies », *Crit Care Med.*, 2021, 49(7):1159-68. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004965>
266. Kay, J. K., S. M. Parsel, J. J. Marsh, A. J. McWhorter, P. L. Friedlander. « Risk of SARS-CoV-2 transmission during flexible laryngoscopy: a systematic review », *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.*, 2020, 146(9):851-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2020.1973>
267. Cournoyer, A., S. Grand'Maison, A. M. Lonergan, J. Lessard, J. M. Chauny, V. Castonguay, et coll. « Oxygen therapy and risk of infection for health care workers caring for patients with viral severe acute respiratory infection: a systematic review and meta-analysis », *Ann Emerg Med.*, 2021, 77(1):19-31. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.06.037>
268. Thamboo, A., J. Lea, D. D. Sommer, L. Sowerby, A. Abdalkhani, C. Diamond, et coll. « Clinical evidence based review and recommendations of aerosol generating medical procedures in otolaryngology – head and neck surgery during the COVID-19 pandemic », *J Otolaryngol Head Neck Surg.*, 2020, 49(1):28. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s40463-020-00425-6>

269. Saha, B. K., S. Saha, W. H. Chong, S. Beegle. « Indications, clinical utility, and safety of bronchoscopy in COVID-19 », *Respir Care*, 2022, 67(2):241-51. Disponible à : <https://doi.org/10.4187/respcare.09405>
270. Mick, P., R. Murphy. « Aerosol-generating otolaryngology procedures and the need for enhanced PPE during the COVID-19 pandemic: a literature review », *J Otolaryngol Head Neck Surg.*, 2020, 49(1):29. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s40463-020-00424-7>
271. Kosugi, E. M., J. F. Villa, H. F. Ramos, G. R. Luz-Matsumoto, T. L. I. Serrano, C.A.C. Campos, et coll. « Safety for the rhinologist in the age of COVID-19: mask use, nasal corticosteroids, saline irrigation, and endoscopic procedures - literature review », *Int Arch Otorhinolaryngol*, 2022, 26(1):e137-e47. Disponible à : <https://doi.org/10.1055/s-0041-1740988>
272. Zhang, M. X., T. A. Lilien, F. S. van Etten-Jamaludin, C. J. Fraenkel, D. Bonn, A. P. J. Vlaar, et coll. « Generation of aerosols by noninvasive respiratory support modalities: a systematic review and meta-analysis », *JAMA Netw Open*, 2023, 6(10):e2337258. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.37258>
273. Clementini, M., M. Raspini, L. Barbato, F. Bernardelli, G. Braga, C. Di Gioia, et coll. « Aerosol transmission for SARS-CoV-2 in the dental practice. a review by SIdP Covid-19 task-force », *Oral Dis.*, 2022, 28 Suppl 1:852-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/odi.13649>
274. Rathore, K., H. S. Rathore, P. Singh, P. Kumar. « Redefining aerosol in dentistry during COVID-19 pandemic », *Dent Res J (Isfahan)*, 2022, 19:53. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9490255/pdf/DRJ-19-53.pdf>
275. Jungo, S., N. Moreau, M. E. Mazevet, A. L. Ejeil, Biosse Duplan M., B. Salmon, et coll. « Prevalence and risk indicators of first-wave COVID-19 among oral health-care workers: a French epidemiological survey », *PLoS One*, 2021, 16(2):e0246586. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246586>
276. Millington, T. I., R. P. Chilcott, J. Williams. « Chest compressions and defibrillation as aerosolgenerating procedures », *J Paramed Prac.*, 2023, 15(4):156-64. Disponible à : <https://doi.org/10.12968/jpar.2023.15.4.156>
277. Raboud, J., A. Shigayeva, A. McGeer, E. Bontovics, M. Chapman, D. Gravel, et coll. « Risk factors for SARS transmission from patients requiring intubation: a multicentre investigation in Toronto, Canada », *PLoS One*, 2010, 5(5):e10717. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010717>
278. UK Health Security Agency. (Withdrawn) *COVID-19 : infection prevention and control dental appendix*, [Internet], London : droit d'auteur de la Couronne, 2021 [modifié le 14 avr. 2022; retiré le 27 mai 2022; cité le 24 juin 2024]. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control/covid-19-infection-prevention-and-control-dental-appendix>
279. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices : Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans les établissements de soins actifs et les établissements de soins de longue durée, grippe saisonnière*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, 2010 [modifié le 20 déc. 2010; cité le 24 juin 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/infections-nosocomiales-professionnelles/lignes-directrices-mesures-prevention-contrôle-infections-a-intention-travailleurs-sante-etablissements-soins-actifs-etablissements-soins-longu>
280. Institut national de santé publique du Québec. *Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés COVID-19*, [Internet]., version 3.2. Québec, QC : Gouvernement du Québec, 2021 [cité le 24 juin 2024]. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2960_interventions_medicales_generant_aerosols.pdf

281. Alberta Health Services. *Aerosol-generating medical procedure guidance tool*, [Internet], Edmonton, AB : Alberta Health Services, 2023 [modifié le 28 mars 2023; cité le 24 juin 2024]. Disponible à : <https://www.albertahealthservices.ca/topics/Page17091.aspx>
282. Provincial Infection Control Network of British Columbia (PICNeT). *Aerosol generating medical procedures*, [Internet], Vancouver, BC : Provincial Health Services Authority, 2023 [cité le 24 juin 2024]. Disponible à : <https://picnet.ca/guidelines/gastrointestinal-respiratory-illness/aerosol-generating-medical-procedures/>
283. Ontario. Ministère de la Santé. *Mesures de protection contre la COVID-19 et d'autres maladies respiratoires*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022 [modifié le 3 juin 2024; cité le 22 juill. 2024]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/mesures-de-protection-contre-la-covid-19-et-dautres-maladies-respiratoires>
284. Ontario. Ministère de la Santé. *La grippe*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014 [modifié le 19 juill. 2024; cité le 22 juill. 2024]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/renseignements-sur-la-grippe>
285. Ontario. Ministère de la Santé. *Virus respiratoire syncytial*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [modifié le 9 avr. 2024; cité le 22 juill. 2024]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/virus-respiratoire-syncytial>

Annexe A : Méthodologie de l'analyse documentaire

SPO a apporté son soutien au CCPMI-PCI en effectuant des analyses documentaires avec les questions de recherche suivantes.

Question de recherche 1

Quelles sont les données probantes appuyant la présence ou l'absence d'un avantage lié au port prolongé de protection faciale lors de la prestation de soins aux patients infectieux avec le même agent pathogène ou ceux qui se sont récemment rétablis (dans les 3 mois suivant l'infection) au sein de la même cohorte, et si cela se produit dans un établissement de soins actifs, dans la même chambre (p. ex. SRAS-CoV-2, syndrome grippal)?

Pour relever les données probantes pertinentes, les services de bibliothèque de SPO ont mené des recherches dans la documentation scientifique en se limitant aux articles publiés en anglais depuis 2003, en raison des contraintes de l'équipe sur le plan des ressources et des langues maîtrisées. Les services de bibliothèque ont utilisé les bases de données suivantes pour effectuer leurs recherches dans les principaux journaux scientifiques : MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid), CINAHL (EBSCOhost), ainsi que le NIH iSearch COVID-19 Portfolio pour les préimprimés. Les recherches ont été menées le 11 juillet 2023. Les listes de référence incluaient des études faisant l'objet de recherches faites à la main, et l'on a communiqué avec les auteurs correspondants ainsi que les experts du SPO pour obtenir des études supplémentaires.

Le repérage comportait une étape avec des examinateurs indépendants qui effectuent un repérage manuel dans les bases de données. Les contradictions ont été résolues par un troisième examinateur. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont disponibles sur demande.

Question de recherche 2

Quelles sont les recommandations concernant la période d'inactivité après qu'un patient/résident/client présentant une infection virale respiratoire aiguë confirmée est transféré vers une autre chambre ou reçoit son congé?

Pour relever les données probantes pertinentes, les services de bibliothèque de SPO ont mené des recherches dans la documentation scientifique en se limitant aux articles publiés en anglais depuis 2012, en raison des contraintes de l'équipe sur le plan des ressources et des langues maîtrisées. Les services de bibliothèque ont utilisé les bases de données suivantes pour effectuer leurs recherches dans les principaux journaux scientifiques : MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid), CINAHL (EBSCOhost), ainsi que le NIH iSearch COVID-19 Portfolio pour les préimprimés. Les recherches ont été menées du 12 au 15 mai 2023.

En ce qui concerne la littérature non publiée, une analyse juridictionnelle internationale a été effectuée en avril et mai 2023 afin de constituer une base de données des lignes directrices de PCI pour les infections virales respiratoires aiguës. À partir de cette base de données, nous avons relevé toutes les lignes directrices qui mentionnaient le terme « période d'inactivité » ou utilisaient le concept de période d'inactivité.

Les listes de référence incluait des études faisant l'objet de recherches faites à la main, et l'on a communiqué avec les auteurs correspondants ainsi que les experts du SPO pour obtenir des études supplémentaires. Des stratégies complètes sont disponibles sur demande.

Le repérage comportait deux étapes menées par des examinateurs indépendants qui ont utilisé Covidence pour les bases de données et le repérage à la main pour la littérature non publiée. Les contradictions ont été résolues par un troisième examinateur. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont disponibles sur demande.

Question de recherche 3

Quelles stratégies, mandats ou politiques de prévention des infections aiguës des voies respiratoires concernant le port du masque (p. ex. durant les périodes de risque de transmission allant de non élevée à élevée) sont en vigueur lorsque les membres du personnel appliquent des pratiques de base ou des précautions standard élargies ou améliorées?

- **Quel est le taux d'efficacité de ces stratégies, mandats ou politiques concernant le port du masque dans divers établissements de soins de santé?**
- **Quels facteurs doivent être pris en considération lors de la mise en œuvre ou de l'annulation des stratégies, mandats ou politiques concernant le port du masque?**

Pour relever les données probantes pertinentes, les services de bibliothèque de SPO ont mené des recherches dans la documentation scientifique en se limitant aux articles publiés en anglais depuis 2019, en raison des contraintes de l'équipe sur le plan des ressources et des langues maîtrisées. Les services de bibliothèque ont utilisé les bases de données suivantes pour effectuer leurs recherches dans les principaux journaux scientifiques : MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid) et CINAHL (EBSCOhost). Les recherches principales dans la base de données ont été menées dans MEDLINE le 5 octobre 2023. Les modalités de recherche ont ensuite été adaptées à l'usage de bases de données supplémentaires, qui ont fait l'objet d'une recherche le 18 octobre 2023.

Les listes de référence incluait des études faisant l'objet de recherches faites à la main, et l'on a communiqué avec les auteurs correspondants ainsi que les experts du SPO pour obtenir des études supplémentaires. Des stratégies complètes sont disponibles sur demande.

Le repérage comportait une étape avec des examinateurs indépendants qui ont utilisé Covidence. Les contradictions ont été résolues par un troisième examinateur. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont disponibles sur demande.

Question de recherche 4

Le masque N95 ou d'autres masques respiratoires comparables offrent-ils une meilleure protection qu'un masque chirurgical lorsque des soins sont prodigués lors de cas soupçonnés ou confirmés de COVID-19?

Pour relever les données pertinentes, les services de bibliothèque de SPO ont eu recours à des stratégies de recherche dans les bases de données afin de repérer des données probantes sur l'efficacité des masques respirateurs comparativement aux masques chirurgicaux pour prévenir la transmission de la COVID-19 aux TS et aux patients dans les établissements de soins de santé. Les services de bibliothèque de SPO ont mené des recherches dans la documentation scientifique en se limitant aux articles publiés en anglais depuis 2022, en raison des contraintes de l'équipe sur le plan des ressources et des langues maîtrisées. Les services de bibliothèque ont utilisé les bases de données suivantes pour effectuer leurs

recherches dans les principaux journaux scientifiques : MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid), CINAHL (EBSCOhost), ainsi que le NIH iSearch COVID-19 Portfolio pour les préimprimés. Les recherches ont été menées le 5 juillet 2023.

Le repérage comportait une étape avec des examinateurs indépendants qui effectuent un repérage manuel dans les bases de données. Les contradictions ont été résolues par un troisième examinateur. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont disponibles sur demande.

Question de recherche 5

Quelles interventions médicales ou de dentisterie présentent-elles un risque élevé de transmission d'un virus respiratoire aux travailleurs de la santé?

- **Quels facteurs de risque ces interventions ont-elles en commun?**
- **Question générale : quels facteurs de risque sont associés à la transmission de virus respiratoires durant les interventions médicales ou de dentisterie, c'est-à-dire, l'ÉPI et l'environnement?**

Pour relever les données probantes pertinentes, les services de bibliothèque de SPO ont mené des recherches dans la documentation scientifique et la littérature non publiée en se limitant aux articles publiés en anglais depuis 2012, en raison des contraintes de l'équipe sur le plan des ressources et des langues maîtrisées. Les services de bibliothèque ont utilisé les bases de données scientifiques suivantes pour effectuer leurs recherches dans les principaux journaux scientifiques : MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid) et CINAHL (EBSCOhost). Les recherches principales dans MEDLINE ont été effectuées le 19 octobre 2023. La stratégie de recherche a été adaptée à l'usage de bases de données supplémentaires, qui ont fait l'objet d'une recherche le 23 octobre 2023.

Pour la littérature non publiée, les services de bibliothèque de SPO ont adapté la stratégie MEDLINE de recherche dans Internet en instaurant une limite de 50 résultats par requête. L'équipe de recherche a ensuite exécuté les chaînes de recherche dans les sites web de l'OMS, du PHAO, des CDC et de l'Union européenne en utilisant le moteur de recherche Google et dans les moteurs de recherche propriétaires suivants : les départements et organismes de Santé Canada, le gouvernement des É.-U. ainsi que les ressources de santé publique internationales. Des stratégies complètes sont disponibles sur demande.

Le repérage comportait deux étapes avec des examinateurs indépendants qui effectuent un repérage manuel dans les bases de données ainsi que dans Internet au moyen d'un fureteur. Les contradictions ont été résolues par un troisième examinateur. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont disponibles sur demande.

Annexe B : Risque de transmission associé à diverses interventions

Une analyse documentaire exhaustive ainsi qu'une analyse juridictionnelle à l'échelle mondiale ont été effectuées afin de repérer les données probantes disponibles les plus récentes sur la transmission des infections susceptibles d'être associées à des interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Une recherche dans la documentation scientifique a été menée afin d'inclure des publications portant sur la pandémie de COVID-19 afin de repérer des preuves de transmission associée aux IMGA, comme indiqué à l'[annexe A](#).

Au total, 1408 publications ont été examinées, et l'on a repéré 42 articles satisfaisant aux critères de recherche. Les documents inclus comprenaient 11 analyses systématiques, 7 études par observation et 24 étaient des documents de moindre qualité comme des analyses non systématiques et des documents d'orientation. De plus, 12 documents non publiés ont été jugés pertinents.

B.1 Intubation et extubation

L'intubation est associée à une hausse du risque de transmission des infections aiguës des voies respiratoires (IAVR) et les lignes directrices indiquent que cette intervention doit être considérée comme une IMGA²⁶¹. Tian et coll. (2022) ont déterminé dans leur analyse systématique la plus récente sur ce sujet que les travailleurs de la santé (TS) qui effectuent des intubations présentent un taux plus élevé d'infections dues à divers virus respiratoires, notamment SRAS-CoV-2, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS), SRAS CoV-1, la grippe A H1N1 et la grippe A H5N1 comparativement aux travailleurs n'ayant pas participé aux intubations (RC : 4,72; IC 95 % [2,71 – 8,24]; $p < 0,001$)²⁶². Une autre analyse systématique publiée par Leal et coll. la même année a démontré que six des sept études examinées ont signalé une augmentation statistiquement significative du risque de transmission du SRAS-CoV-1 aux TS qui effectuent une intubation²⁶³. Une analyse systématique menée par Wilson et coll. (2021) a également démontré une augmentation du risque de transmission du SRAS-CoV-2 associé à l'intubation, cependant, on n'a pas déterminé que l'insertion d'un tube nasogastrique était associé à une augmentation du risque de transmission d'une infection²⁶⁴. On a également déterminé que les intubations endotrachéales augmentaient de manière significative le risque d'infection par SRAS-CoV-1 ou SRAS-CoV-2 chez les TS (RC : 6,69; IC 95 % [3,81–11,72]; $p < 0,001$)²⁶⁵. Kay et coll. (2020) sont arrivés à la même conclusion dans leur analyse systématique²⁶⁶. Une étude incluse dans cette analyse a montré que le risque d'infection après une intubation augmentait 30 fois (RC : 30,79; IC 95 % CI [7,91-119,84]), tandis que deux études ont montré un effet plus modéré, où le risque relatif se situait dans une fourchette allant de 2,85 à 4,20. Le même phénomène s'avère pour d'autres pathogènes que les coronavirus; une étude de Cournoyer et coll. (2021) ont conclu que l'intubation était associée à une augmentation du risque de transmission aux TS non seulement pour SRAS-CoV-2, SRAS-CoV-1 et MERS, mais aussi pour la grippe saisonnière, émergente ou pandémique comme H1N1 (RC : 5,34; IC 95 % [2,44-11,68])²⁶⁷. Les auteurs ont conclu que l'intubation était l'intervention présentant le risque de transmission le plus élevé comparativement à d'autres interventions comme la VNI, la canule nasale à haut débit, la ventilation par ballon, valve et masque ainsi que le masque facial avec ou sans réservoir et canule nasale²⁶⁷. Une analyse systématique plus ancienne a tiré la même conclusion : Tran et coll. (2012) ont également montré que l'intubation trachéale présentait une augmentation du risque de transmission du SRAS-CoV-1 aux TS (RC : 6,6; IC 95 % [2,3-18,9])²⁶¹.

B.2 Aspiration

L'aspiration peut entraîner une augmentation du risque de transmission des IAVR aux TS. Leal et coll. (2022) ont inclus une étude de cohorte dans leur analyse, laquelle a déterminé que le rapport de risque de contracter la COVID-19 après avoir participé à une intervention d'aspiration des voies respiratoires s'élevait à 1,67 ($p = 0,04$)²⁶³. Cependant, une étude incluse dans leur analyse a signalé une baisse du risque de transmission du SRAS CoV-2 associée à une aspiration endotrachéale ouverte (RC ajusté : 0,48; IC 95 % [0,25–0,90]). Une analyse systématique a relevé une augmentation du risque de transmission du SRAS-CoV-1 associée à l'aspiration avant une intubation (RR : 4,2; IC 95 % [1,58–11,4]; $p = 0,04$)²⁶⁴.

B.3 Ventilation manuelle

Selon les données probantes dont font état de quatre analyses systématiques et d'un document d'orientation, on constate une hausse potentielle du risque de transmission des IAVR aux TS s'ils participent à une intervention de ventilation manuelle. Par conséquent, la ventilation manuelle doit être considérée comme une IMGGA. Leal et coll. (2022) ont relevé une étude de cohorte qui a signalé un rapport de risque de 3,1 ($p = 0,008$) de contracter la COVID-19 chez ceux qui participent à la ventilation manuelle²⁶³. De plus, Cournoyer et coll. (2021) ont conclu que la ventilation par ballon, valve et masque était associée à une augmentation du risque de transmission du SRAS-CoV-2, du SRAS-CoV-1, de MERS et de la grippe émergente ou pandémique chez les TS (RC : 2,70; IC 95 % [1,31-5,6])²⁶⁷. Wilson et coll. (2021) ont également montré une augmentation du risque de transmission du SRAS-CoV-1 associée à la manipulation de masques à oxygène (RR : 9,0; IC 95 % [1,25–64,9]; $p < 0,01$)²⁶⁴. De même, une analyse systématique menée par Tran et coll. (2012) ont conclu que la ventilation manuelle avant l'intubation entraînait une augmentation du risque de transmission des IAVR aux TS (RC : 2,8; IC 95 % [1,3-6,4])²⁶¹.

B.4 Trachéotomie

La majeure partie des données probantes donne à penser que la trachéotomie entraîne une augmentation du risque de transmission des IAVR aux TS. Une analyse a signalé une augmentation non significative du risque de transmission du SRAS-CoV-2 aux TS qui effectuent des trachéotomies en se fondant sur trois études, dont une a constaté une augmentation importante des infections à SRAS-CoV-1²⁶³. Tran et coll. (2012) ont également effectué une méta-analyse et constaté que la trachéotomie entraînait une augmentation du risque de transmission du SRAS-CoV-1 aux TS (RC : 4,2; IC 95 % [1,5-11,5])²⁶¹. De même, Thamboo et coll. (2020) ont effectué une analyse rapide qui étayait la notion selon laquelle la trachéotomie pourrait être une IMGGA²⁶⁸. Les auteurs ont inclus une étude rétrospective qui a signalé que durant une trachéotomie, SRAS-CoV-1 a été transmis à 6 TS sur 17 (on ne sait pas quel équipement de protection individuelle a été utilisé), ce qui donne un RC de 4,15 (IC 95 % [1,50 à 11,50]; $p < 0,01$).

B.5 Bronchoscopie

Les données probantes disponibles montrent que la bronchoscopie n'entraîne pas un risque élevé d'IMGGA pour les TS, mais pourrait poser un certain risque de transmission en raison des interventions afférentes, ainsi qu'un risque d'exposition à une tuberculose non diagnostiquée. Saha et coll. (2022) ont signalé dans leur analyse un seul cas de COVID-19 chez un bronchoscopiste qui a effectué 1034 interventions et conclu que les bronchoscopies ne constituent pas une intervention à risque élevé²⁶⁹. Une autre analyse systématique a conclu qu'il n'y avait pas de risque significatif de transmission du SRAS-CoV-2 ou du SRAS-CoV-1 aux TS qui effectuent des bronchoscopies²⁶³. De même, une autre étude a signalé que cette intervention n'augmentait pas de manière significative le risque d'infection à

SRAS-CoV-1 et à SRAS-CoV-2 (RC : 2,04; IC 95 % [0,58–7,15]; $p = 0,2778$)²⁶⁵. Kay et coll. (2020) étaient également d’avis que la bronchoscopie n’avait pas augmenté de manière significative le risque de transmission du SRAS-CoV-1 et du SRAS-CoV-2 aux TS en se fondant sur deux études (RR : 2,14; IC 95 % [0,46-9,90] et RR : 1,10; IC 95 % [0,07-16,92])²⁶⁶. Une autre étude n’a relevé aucune hausse significative du risque de transmission du SRAS-CoV-1 d’un patient à un TS durant l’intervention (RC combiné : 1.3; IC 95 % [0,5-14,2])²⁷⁰.

B.6 Laryngoscopie

Une analyse systématique a tenté d’évaluer l’impact de la laryngoscopie sur la transmission des IAVR chez les TS, mais n’a repéré aucun article qui étudie l’association entre les expositions au matériel de laryngoscopie à fibre optique souple et le risque de transmission du SRAS-CoV-1 et du SRAS-CoV-2²⁶⁶. Par conséquent le risque de transmission des IAVR aux TS associé à la laryngoscopie ne peut pas être déterminé et des recherches plus approfondies sont nécessaires pour combler ce manque de connaissances. Cependant, dans l’intervalle, il semble raisonnable de traiter la laryngoscopie de manière semblable à l’endoscopie endonasale et à la bronchoscopie étant donné qu’il s’agit d’une intervention présentant un risque accru de transmission des virus respiratoires puisqu’elle implique une manipulation importante des voies respiratoires.

B.7 Endoscopie nasale

Il n’existe pas de données convaincantes selon lesquelles les interventions endoscopiques seraient elles-mêmes associées à une augmentation du risque de transmission des IAVR aux TS. Kosugi et coll. (2022) ont évalué le rôle des interventions endoscopiques nasales à titre d’IMGA dans le contexte de la COVID-19²⁷¹. Bien qu’aucune donnée sur l’augmentation du risque de transmission n’ait été signalée, le fraisage à haute vitesse et l’électrocautère sont associés à une augmentation de la libération de particules respirables. Cependant, le recours à l’aspiration de concert avec l’emploi de ces outils dans le nasopharynx a aidé à réduire la production d’aérosols. De plus, l’utilisation d’instruments en acier inoxydable et le microdébridement en concomitance avec l’aspiration ultrasonique ont réduit le risque de production de particules respirables.

B.8 Ventilation non-invasive

La ventilation non-invasive (VNI) peut poser un risque de transmission des IAVR aux TS. Une analyse systématique a signalé que les TS effectuant des VNI (p. ex., BiPAP et VPPC) présentent un risque plus élevé d’infection à SRAS-CoV-1, à SRAS-CoV-2 et à MERS (RC : 3,65; IC 95 % [1,86-7,19]; $p < 0,001$)²⁶⁵. Cependant, une étude n’ayant relevé aucun incident a été exclue de la méta-analyse. Cournoyer et coll. (2021) ont également associé la VNI avec un risque plus élevé de transmission du SRAS-CoV-2, du SRAS-CoV-1 et de MERS (RC : 3,96; IC 95 % [2,12-7,40])²⁶⁷, et une autre étude a conclu que l’intervention présentait un risque accru de transmission du SRAS-CoV-1 aux TS (RC : 3,1; IC 95 % [1,4-6,8])²⁶¹, tandis qu’une analyse systématique n’a relevé aucune preuve de dispersion aérienne des pathogènes liée à l’intervention²⁷².

B.9 Interventions de dentisterie

En se fondant sur les études mesurant les particules respirables, l’usage du détartrage ultrasonique, d’instruments préhensibles haute vitesse, de seringues trois usages et d’aéropolisateurs dans les interventions de dentisterie pourraient entraîner une augmentation du risque de transmission des IAVR chez les travailleurs de la santé buccodentaire²⁷³. Dans une analyse documentaire qui a compilé et

examiné les lignes directrices de dentisterie, les IMGA présumées repérées le plus fréquemment dans ce domaine étaient l'emploi d'instruments préhensiles à haute vitesse et des seringues trois usages qui représentent 56 % des IMGA, les détarteurs motorisés (soniques et ultrasoniques) qui représentaient 43 % des IMGA, les instruments préhensiles à faible vitesse qui représentaient 29 % des IMGA, et les instruments chirurgicaux préhensiles qui représentaient 22 % des IMGA²⁷⁴. Les données probantes évaluant le risque associé à ces interventions sont cependant très limitées. Dans une étude rétrospective, les professionnels de la santé buccodentaire ne présentaient pas un risque d'infection à SRAS-CoV-2 plus élevé que la population générale, cependant, ceux qui pratiquent la parodontologie, qui implique généralement l'usage d'appareils ultrasoniques et d'autres instruments considérés comme des IMGA potentiels, présentaient un risque plus élevé de montrer des symptômes de COVID-19 dans les analyses multivariées (RC : 1,35; IC 95 % [1,06-1,70]; $p = 0,014$)²⁷⁵.

B.10 Réanimation cardiorespiratoire

Les données probantes limitées sur la réanimation cardiorespiratoire (RCR) comprennent les compressions thoraciques et la défibrillation (mais en l'absence des IMGA indiquées plus haut) n'indiquent pas une augmentation du risque de transmission. Une analyse de cadrage qui portait sur les compressions thoraciques et/ou la défibrillation a démontré que les preuves d'un risque de transmission du SRAS-CoV-2 et du SRAS-CoV-1 n'étaient pas concluantes²⁷⁶. De même, Leal et coll. (2022) ont également obtenu des résultats mitigés; tandis que quatre études n'ont signalé aucune association significative entre le risque de transmission du SRAS-CoV-2 et la réanimation cardiorespiratoire, deux études ont fait état d'un risque significatif de transmission du SRAS-CoV-1 aux TS qui pratiquent cette intervention²⁶³. Il est important de noter que cette association peut être expliquée de manière satisfaisante par l'intubation, qui est fortement corrélée; dans la seule étude qui a tenté de séparer l'intubation de la RCR dans son analyse multivariée, une corrélation significative a uniquement été montrée pour l'intubation et non pour la RCR²⁷⁷.

B.11 Induction de l'expectoration

Jusqu'ici, on n'a repéré aucune donnée probante confirmant que l'induction de l'expectoration entraîne une augmentation du risque de transmission. Une méta-analyse a conclu que, bien que les études étaient hétérogènes, on n'a noté aucun risque significatif de transmission du SRAS-CoV-1, du SRAS-CoV-2 et de MERS en association avec cette intervention (RC : 0,61; IC 95 % [0,33-1,14])²⁶⁵.

B.12 Thérapie par nébulisation

Les données disponibles sur ce sujet sont peu nombreuses et non uniformes; de manière générale, on constate cependant que la thérapie par nébulisation n'est pas associée à une augmentation du risque de transmission, comme en fait brièvement état une analyse systématique publiée récemment²⁶³. Toutefois, l'une des quatre études qui a évalué le risque associé à SRAS-CoV-2 a signalé qu'effectuer des traitements par nébulisation, ou aider à prodiguer ces traitements, survenait plus souvent chez les TS qui ont été atteints de COVID-19 que chez ceux qui ne l'étaient pas, selon une analyse non ajustée ($p = 0,04$). Une autre étude examinée dans leur analyse a montré une augmentation non significative du risque de transmission du SRAS-CoV-1 aux TS qui effectuent une nébulisation. Une autre analyse systématique publiée récemment qui incluait deux études mentionnées plus haut a conclu que la thérapie par nébulisation était associée à une augmentation du risque de transmission, bien qu'elle n'ait pas tenu compte dans sa méta-analyse des essais cliniques négatifs qui n'ont relevé aucun incident²⁶⁵.

B.13 Oxygène nasal à haut débit (thérapie par canule nasale à haut débit)

Il est difficile de déterminer si l'oxygène nasal à haut débit présente un risque de transmission des IAVR aux TS étant donné que les recherches font état d'un manque de connaissances sur le sujet. Dans une analyse systématique, aucune donnée probante d'augmentation de la dispersion aérienne du SRAS-CoV-2 n'a été notée en lien avec l'intervention²⁷². De même, l'oxygénothérapie n'a pas augmenté le risque de transmission du SRAS-CoV-1 ou du SRAS-CoV-2 parmi les TS (RC : 2,20; IC 95 % [0,44-11,11]; $p = 0,34$)²⁶⁵. En comparaison, Cournoyer et coll. (2021) ne sont pas arrivés à effectuer une méta-analyse en raison du manque d'uniformité des résultats; cependant, ils ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas exclure la possibilité d'un risque étant donné l'augmentation de la dispersion des particules respirables durant cette intervention²⁶⁷.

B.14 Autres interventions médicales

En plus de la documentation évoquée plus haut, quelques articles supplémentaires concernant des interventions médicales ont été repérés, mais n'ont pas été inclus dans cette synthèse. Les analyses non systématiques et les documents d'orientation de moindre qualité qui répétaient les constatations provenant de sources utilisées dans les analyses systématiques n'ont pas été résumées dans ce document.

Tableau B1. Analyse juridictionnelle : Classement des IMGA par organisme

Interventions	CCPMI-PCI actuel	Ancien CCPMI-PCI et SPO ^{1,3,19}	OMS ¹⁸⁰	CDC ¹⁴⁵	NHS (Royaume-Uni)/UKAHS ^{168,278}	ASPC ²⁷⁹	INSPQ ²⁸⁰	HS ²⁸¹	BCCDC ²⁸²
Intubation, extubation et interventions connexes, p. ex., ventilation manuelle, aspiration profonde ouverte	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Probable *L'aspiration des voies respiratoires (aspiration profonde et aspiration trachéale ouverte) est souvent associée à des interventions qui sont plus susceptibles d'être des IMGA, cependant, elle ne constitue pas une IMGA en soi.*
Trachéotomie	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Possible	Oui	Possible
Réanimation cardiorespiratoire	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Possible
Bronchoscopie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Probable
Induction de l'expectoration au moyen d'une nébulisation de	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Probable

solution saline hypertonique									
Interventions chirurgicales et autopsies	Oui	Oui	Oui	Non	Le coupage ou le fraisage à haute vitesse est susceptible de produire des aérosols provenant des voies respiratoires (inférieures ou supérieures) ou des sinus	Oui	Interventions chirurgicales via le nasopharynx ou l'oropharynx, et les chirurgies thoraciques	Oui	Probable
Interventions de dentisterie	Oui	Oui	Oui	S.O.	L'emploi d'appareils haute vitesse ou haute fréquence, p. ex. le détartrage ultrasonique et les perceuses haute vitesse, les rotors pneumatiques haute vitesse (ou à moteur électrique tournant à plus de 60 000 rpm), les instruments	S.O.	S.O.	Instruments de dentisterie générant des aérosols comme : seringues trois usages hydrauliques ou pneumatiques, équipement rotatif de polissage, instruments rotatifs et instruments préhensiles (toutes vitesses), instruments préhensiles d'élagage	S.O.

					chirurgicaux préhensibles piézoélectriques et les aéropolisseurs				
Thérapie par nébulisation	Non	Oui	Non	Incertain	Non	Oui	Risque potentiel non documenté	Oui	Possible
Ventilation non invasive à surpression (VPPC, BiPAP)	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Possible	Oui	Probable
Interventions otorhinolaryngologiques en état de veille impliquant une aspiration des voies aériennes	S.O.	S.O.	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Endoscopie des voies gastro-intestinales supérieures en état de veille*	S.O.	S.O.	Non	Non	Oui	Non	Risque potentiel non documenté	Non	Possible
Aspiration des voies respiratoires**	S.O.	S.O.	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Ventilation par oscillation à haute fréquence (HFOV)	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non

Oxygène nasal à haut débit (thérapie par canule nasale à haut débit)	Non	Oui	Non	Incertain	Non	Non	Possible	<p>Dispositif à oxygène ayant un flux total supérieur à 30 LPM, notamment Flush Flow (p. ex. dispositif de Venturi ou combinaison d'interfaces)</p> <p>Oxygène, Flush Flow, sans égard à l'appareil utilisé</p> <p>Oxygène, débit élevé d'air réchauffé et humidifié (p. ex., AIRVO, Optiflow ou Vapotherm)</p> <p>Oxygène, jusqu'à moins de 15 LPM, masques filtrants (p. ex. FLO2max) avec nébulisation ou administration de médicaments par aérosols.</p> <p>Oxygène ou systèmes d'oxygénation (à sec) au débit total supérieur à 30 LPM, y compris Flush Flow (p. ex. Appareils à</p>	Possible
---	-----	-----	-----	-----------	-----	-----	----------	---	----------

								Venturi, masque installé par-dessus une canule nasale, nébulisateur à froid et à sec).	
Aspirat nasopharyngé (ANP) chez les enfants	S.O	S.O	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Possible
Laryngoscopie	Oui	S>O	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Probable
Interventions	CCPMI-PCI actuel	Ancien CCPMI-PCI et SPO ^{1,3,19}	OMS ¹⁸⁰	CDC ¹⁴⁵	NHS (Royaume-Uni)/UKAHS ^{168,278}	ASPC ²⁷⁹	INSPQ ²⁸⁰	HS ²⁸¹	BCCDC ²⁸²
Intubation, extubation et interventions connexes, p. ex., ventilation manuelle, aspiration profonde ouverte	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Probable *L'aspiration des voies respiratoires (aspiration profonde et aspiration trachéale ouverte) est souvent associée à des interventions qui sont plus susceptibles d'être des IMGA, cependant, elle ne constitue pas une IMGA en soi.*

Trachéotomie	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Possible	Oui	Possible
Réanimation cardiorespiratoire	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Possible
Bronchoscopie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Probable
Induction de l'expectoration au moyen d'une nébulisation de solution saline hypertonique	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Probable
Interventions chirurgicales et autopsies	Oui	Oui	Oui	Non	Le coupage ou le fraisage à haute vitesse est susceptible de produire des aérosols provenant des voies respiratoires (inférieures ou supérieures) ou des sinus	Oui	Interventions chirurgicales via le nasopharynx ou l'oropharynx, et les chirurgies thoraciques	Oui	Probable
Interventions de dentisterie	Oui	Oui	Oui	S.O.	L'emploi d'appareils haute vitesse ou haute fréquence, p. ex. le détartrage ultrasonique et les perceuses	S.O.	S.O.	Instruments de dentisterie générant des aérosols comme : seringues trois usages hydrauliques ou pneumatiques, équipement rotatif de polissage,	S.O.

					haute vitesse, les rotors pneumatiques haute vitesse (ou à moteur électrique tournant à plus de 60 000 rpm), les instruments chirurgicaux préhensibles piézoélectriques et les aéropolisseurs			instruments rotatifs et instruments préhensiles (toutes vitesses), instruments préhensiles d'élagage	
Thérapie par nébulisation	Non	Oui	Non	Incertain	Non	Oui	Risque potentiel non documenté	Oui	Possible
Ventilation non invasive à surpression (VPPC, BiPAP)	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Possible	Oui	Probable
Interventions otorhinolaryngologiques en état de veille impliquant une aspiration des voies aériennes	S.O.	S.O.	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Endoscopie des voies gastro-intestinales	S.O.	S.O.	Non	Non	Oui	Non	Risque potentiel	Non	Possible

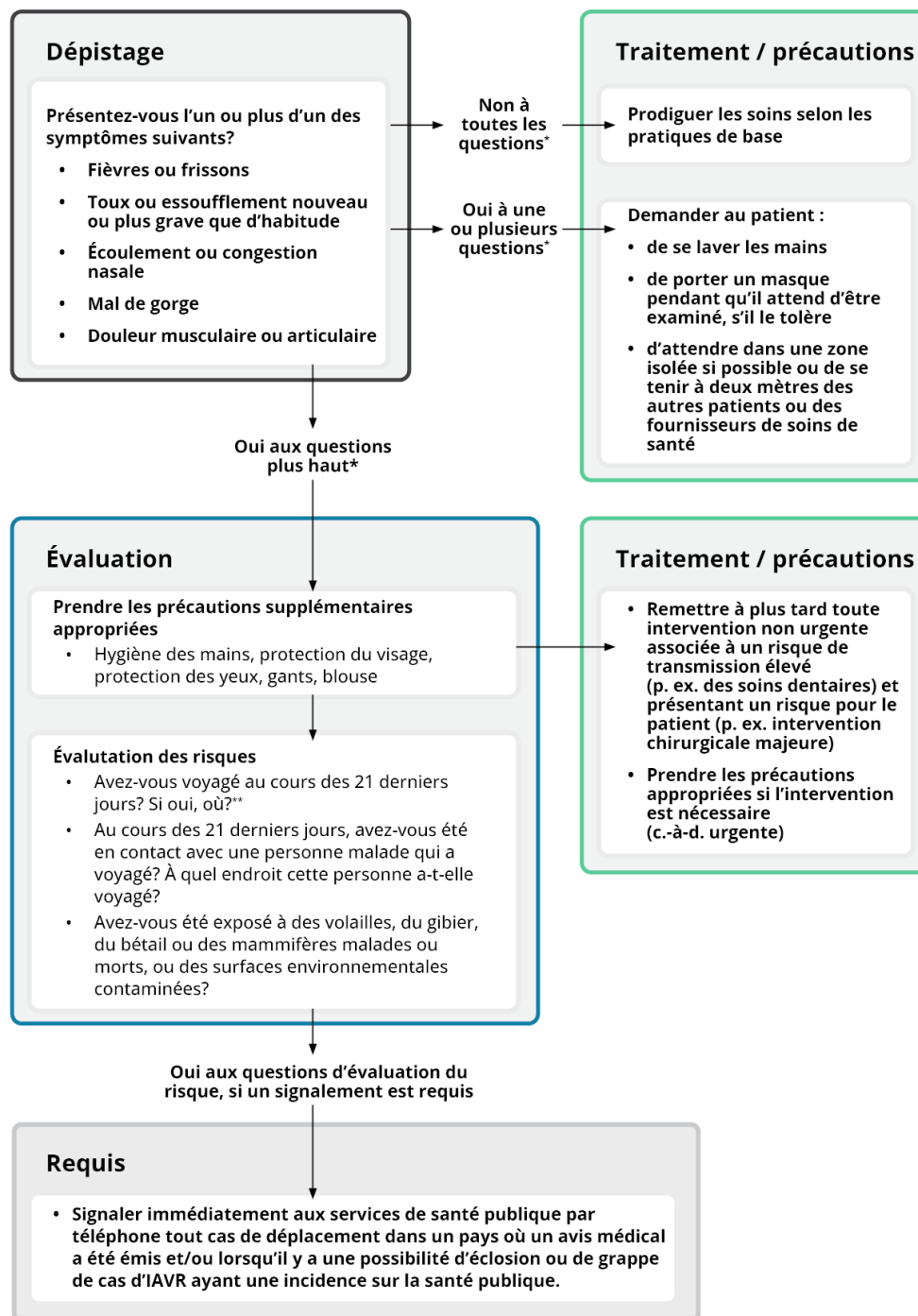
supérieures en état de veille*							non documenté		
Aspiration des voies respiratoires**	S.O.	S.O.	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Ventilation par oscillation à haute fréquence (HFOV)	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Oxygène nasal à haut débit (thérapie par canule nasale à haut débit)	Non	Oui	Non	Incertain	Non	Non	Possible	Dispositif à oxygène ayant un flux total supérieur à 30 LPM, notamment Flush Flow (p. ex. dispositif de Venturi ou combinaison d'interfaces) Oxygène, Flush Flow, sans égard à l'appareil utilisé Oxygène, débit élevé d'air réchauffé et humidifié (p. ex., AIRVO, Optiflow ou VapoTherm) Oxygène, jusqu'à moins de 15 LPM, masques filtrants (p. ex. FLO2max) avec nébulisation ou administration de	Possible

								médicaments par aérosols. Oxygène ou systèmes d'oxygénation (à sec) au débit total supérieur à 30 LPM, y compris Flush Flow (p. ex. Appareils à Venturi, masque installé par-dessus une canule nasale, nébulisateur à froid et à sec).	
Aspirat nasopharyngé (ANP) chez les enfants	S.O	S.O	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Possible
Laryngoscopie	Oui	S>O	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Probable

****Autres interventions mentionnées par les établissements : AHS a indiqué la kinésie respiratoire (LVRM), les voies respiratoires supraglottiques (c'est-à-dire LMA, King LT, iGel utilisé avant le passage à l'hôpital), la chirurgie transsphénoïdale, l'emploi de propulseurs (p. ex. méthode d'administration par gaz comprimé), l'usage de vaporisateurs anesthésiants sur les muqueuses, comme la lidocaïne à usage oral, la scintigraphie de perfusion-ventilation avec agents de ventilation en aérosols²⁸¹. BCCDC a mentionné la mastoïdectomie et le test à la méthacholine (c.-à-d., test de bronchoprovocation) comme des IMGA potentiels²⁸².**

Acronymes : Organisation mondiale de la Santé (OMS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Health Service (NHS), Royaume-Uni, UK Health Security Agency (UKHSA), Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Santé publique Ontario (SPO), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Alberta Health Services (AHS), BC Centre for Disease Control (BCCDC).

Annexe C : Exemple d’algorithme de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires



* Il se peut que les personnes âgées et les personnes immunodéficientes n'aient pas de réaction fébrile à une infection respiratoire. Ainsi la présence d'un nouveau problème de toux ou d'essoufflement peut être suffisante pour inciter à prendre plus de précautions. Les fournisseurs de soins de santé devraient rester conscients du fait que durant la saison de la grippe, les personnes qui présentent des symptômes de maladie cardio-pulmonaire aiguë ou d'asthme sans symptômes d'infection respiratoire pourraient avoir contracté une IAVR.

** Consultez l'Agence de la santé publique du Canada pour obtenir une liste des Conseils de santé aux voyageurs²³⁶

Annexe D : Exemple de formulaire de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires à l'arrivée en milieu de soins (démarche active)

Questionnaire de dépistage et de surveillance des infections aiguës des voies respiratoires

(i) Présentez-vous l'un ou plusieurs des symptômes suivants?

- fièvres ou frissons
- toux ou essoufflement nouveau ou plus grave que d'habitude
- écoulement ou congestion nasale
- mal de gorge
- douleur musculaire ou articulaire

Dans la négative, prenez la température; si elle est supérieure à 38 °C, posez les questions suivantes, sinon mettez fin au dépistage (aucune autre question)

Dans l'affirmative, prenez la température et posez la question suivante

***REMARQUE : Il est possible que certaines personnes, comme les personnes âgées ou les personnes immunodéprimées, ne présentent pas de fièvre.**



Si la réponse questions plus haut est affirmative, prenez des précautions supplémentaires contre les infections aiguës des voies respiratoires et avisez le service de prévention et de contrôle des infections.



(ii) Est-ce que l'un des énoncés suivants est vrai?

- Avez-vous voyagé au cours des 14 derniers jours? À quel endroit**?
- Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne malade qui a voyagé? À quel endroit cette personne a-t-elle voyagé**?
- Avez-vous été exposé à des volailles, du gibier, du bétail ou des mammifères malades ou morts, ou des surfaces environnementales contaminées?

**Consultez l'Agence de la santé publique du Canada pour obtenir une liste des [Conseils de santé aux voyageurs](#)²³⁶

Pour des renseignements supplémentaires, consultez votre bureau local de santé publique.



Le service de prévention et de contrôle des infections doit aviser par téléphone les responsables de la santé publique dans le cas où une personne atteinte aurait voyagé dans un pays où est survenue une alerte médicale ou lorsqu'il y a une possibilité d'éclosion ou de grappe de cas d'IAVR ayant une incidence sur la santé publique²³⁵.

Annexe E : Exemple d’affiche utilisée pour le dépistage passif des infections aiguës des voies respiratoires à l’entrée des établissements de soins de santé



VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

➤ Avez-vous une toux ou un essoufflement **NOUVEAU** ou **PLUS GRAVE** que d’habitude?

➤ Vous sentez-vous fiévreux?

➤ Avez-vous :

- un écoulement ou de la congestion nasale?
- un mal de gorge?
- une éruption cutanée?
- des douleurs musculaires ou articulaires?
- des vomissements ou des diarrhées?

Si vous avez répondu **OUI** à **UNE** de ces questions :

- ✓ Lavez-vous les mains
- ✓ Mettez un masque (si vous pouvez le tolérer) et mettez un papier mouchoir devant votre bouche quand vous toussiez
- ✓ Parlez-en immédiatement à une réceptionniste ou à une infirmière

Annexe F : Exemple d'affiche à l'intention des visiteurs des établissements de soins de santé

ATTENTION VISITEURS



- **NE RENDEZ PAS VISITE à un patient si vous êtes malade**

Si vous avez le rhume ou des symptômes pseudogrippaux tels que :

 - fièvre
 - toux
 - mal de gorge
 - éruption cutanée
 - douleurs musculaires ou articulaires
 - écoulement ou congestion nasale
 - vomissements ou diarrhées

NE RENDEZ PAS VISITE à un patient tant que vos symptômes n'ont pas cessé.
- **Lavez-vous les mains**
 - ✓ Lavez-vous les mains avant et après votre visite.
 - ✓ Veuillez utiliser le désinfectant pour les mains à base d'alcool offert.
- **Limitez vos visites à une personne**

ATTENTION VISITEURS

Ce établissement est aux prises avec une éclosion de maladie respiratoire



> NE RENDEZ PAS VISITE à un patient si vous êtes malade

Si vous avez le rhume ou des symptômes pseudogrippaux tels que :

- fièvre
- toux
- mal de gorge
- éruption cutanée
- douleurs musculaires ou articulaires
- écoulement ou congestion nasale
- vomissements ou diarrhées

NE RENDEZ PAS VISITE à un patient tant que vos symptômes n'ont pas cessé.

> Lavez-vous les mains

- ✓ Lavez-vous les mains avant et après votre visite.
- ✓ Veuillez utiliser le désinfectant pour les mains à base d'alcool offert.

> Portez un masque si on vous le demande

> Présentez-vous à la réception dès votre arrivée

Annexe G : Exemple d’outil de signalement et de surveillance quotidienne des infections aiguës des voies respiratoires pour les patients hospitalisés et en milieu résidentiel

Date : _____

Unité du patient : _____

Page ____ sur ____

Le présent formulaire doit être mis à jour à chaque quart de travail.

Toute NOUVELLE apparition de symptômes de la fièvre* ET de toux ou d’essoufflement, ou tout NOUVEAU diagnostic clinique/radiologique de pneumonie chez des patients/résidents doit immédiatement être déclaré au médecin traitant et au service de prévention et de contrôle des infections.

Nom/N° du dossier de l’hôpital/N° de chambre						
Date d’admission						
Date d’apparition des nouveaux symptômes/du diagnostic						
Fièvre à 38 °C						
Toux						
Essoufflement						
Hypoxie						
Vomissements et/ou diarrhées						
Précautions supplémentaires (oui ou non)						
Actions						
Initiales						

Annexe H : Symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires

Les symptômes d'IAVR les plus courants comprennent les suivants :

- fièvres ou frissons
- toux
- essoufflement
- écoulement ou congestion nasale
- mal de gorge
- douleur musculaire ou articulaire
- symptômes gastro-intestinaux (comme des vomissements ou diarrhées)

Consultez la documentation du ministère de la Santé :

- [Mesures de protection contre la COVID-19 et d'autres maladies respiratoires](#)²⁸³
- [La grippe](#)²⁸⁴
- [Virus respiratoire syncytial](#)²⁸⁵

Santé publique Ontario

661, avenue University, bureau 1701

Toronto (Ontario)

M5G 1M2

647.260.7100

pidac@oahpp.ca

santepubliqueontario.ca