

RAPPORT TECHNIQUE

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 : novembre 2023

Introduction

Conçu selon le modèle du précédent document intitulé *Mesures intérimaires de prévention et de contrôle des infections en fonction des risques de transmission de la COVID-19 dans les lieux de soins de santé*, le présent document souligne les recommandations provisoires qui sont fondées sur les meilleures données probantes, et lorsque celles-ci font défaut, sur l'opinion d'experts. Les établissements de soins de santé doivent respecter les exigences législatives qui s'appliquent à leur organisation ou à leur milieu. Ces recommandations seront mises à jour au fur et à mesure que de nouvelles données probantes seront recueillies.

Messages clés

- À mesure qu'évolue l'activité des virus respiratoires, les mesures de PCI supplémentaires mises en place dans les établissements de soins de santé peuvent être ajustées en toute sécurité pendant les périodes de risque accru ou réduit de transmission virale dans le but premier de prévenir les effets néfastes chez les patients, clients ou résidents vulnérables, en plus de réduire la transmission à l'intérieur de l'établissement de soins de santé et de préserver la capacité opérationnelle du réseau de soins de santé.
- Les pratiques de base doivent être respectées dans toutes les interactions cliniques, quelles que soient les préoccupations quant à la transmission possible de la COVID-19 ou d'autres maladies infectieuses, et demeurent donc importantes, indépendamment des risques de transmission des virus respiratoires.

Objet et portée

Le présent rapport technique met l'accent sur les mesures de PCI qui ont été mises en œuvre pendant la pandémie de COVID-19 et maintenues à l'automne et à l'hiver 2022/2023 en raison de la présence des autres virus respiratoires, ainsi que sur la façon d'adapter ces mesures suivant l'évolution du risque de transmission (élevé ou faible).

Ce document à l'intention des professionnels de la santé au travail et de la PCI dans les établissements de soins actifs donne un aperçu de la mise en pratique de mesures supplémentaires durant les périodes de transmission communautaire élevée des virus respiratoires et du maintien de ces mesures lorsque le

risque de transmission n'est pas élevé. Il souligne que ces principes peuvent s'appliquer à d'autres établissements qui offrent des soins de santé, dont des soins préhospitaliers, des soins de longue durée, des soins primaires, des soins ambulatoires et des soins communautaires, notamment les soins à domicile. Bien que l'on conseille aux professionnels des établissements autres que ceux offrant des soins actifs de consulter leur bureau local de santé publique ainsi que des professionnels ayant de l'expertise en matière de PCI et de santé au travail afin de comprendre l'évaluation des risques et son application dans leur milieu, des commentaires sont livrés tout au long de ce document sur l'adaptation des mesures recommandées à d'autres milieux de soins.

Le présent document présente un cadre pour l'ajustement des mesures de PCI dans le contexte :

- de l'immunité (vaccination ou infection) aux virus respiratoires en circulation chez les travailleurs de la santé (TS), les patients et les visiteurs;
- de l'incidence des virus respiratoires en circulation dans la communauté;
- de la gravité de la maladie occasionnée par les virus respiratoires en circulation.

Dans les situations où l'incidence d'un virus respiratoire particulier augmente rapidement et où des données probantes confirment la présence d'éclosions fréquentes ou graves dans des établissements de soins de santé, d'autres mesures peuvent être ajoutées à celles énoncées dans le présent document, notamment les mesures recommandées pour la gestion des éclosions.¹

Aux fins du présent document, le mot « patient » englobe tous les récipiendaires de soins de santé, notamment les résidents de foyers de soins de longue durée ou de maisons de retraite.

Hiérarchie des mesures de contrôle des dangers

Les pratiques de PCI peuvent réduire le risque d'infection pour les patients, les travailleurs de la santé ainsi que le personnel et les visiteurs, dans tous les établissements où sont prodigués des soins de santé. Les lieux de soins de santé (et autres lieux de travail) utilisent une [hiérarchie des mesures de contrôle \(Hierarchy of Controls \[HOC\]\)](#) pour réduire le risque de transmission des maladies infectieuses.²

Lorsque cela est possible, la vaccination contre les virus respiratoires (toutes les doses recommandées) figure parmi les mesures de prévention les plus efficaces et elle est fortement recommandée pour tous les travailleurs de la santé. Les recommandations sur la politique de vaccination des travailleurs de la santé n'entrent pas dans le cadre du présent document.

Pratiques de base

Les pratiques de base doivent être respectées dans TOUTES les interactions cliniques, indépendamment des préoccupations relatives à la transmission possible de la COVID-19, de la grippe, du virus respiratoire syncytial (VRS) ou d'autres maladies infectieuses transmissibles.³

L'équipement de protection individuelle (ÉPI) est une mesure de protection importante. Une évaluation du risque au point de service doit être effectuée pour orienter la sélection de l'équipement de protection individuelle adéquat.

En ce qui a trait aux précautions supplémentaires, des recommandations particulières pour la COVID-19 sont présentées dans le document de Santé publique Ontario intitulé [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](#)⁴ et des recommandations générales s'appliquant à d'autres virus respiratoires sont fournies dans le document [Pratiques de base et précautions supplémentaires](#).³

Contexte

Au cours de la pandémie de COVID-19, plusieurs mesures de PCI ont été mises en œuvre en plus des pratiques de base dans les établissements de soins de santé afin de préserver le fonctionnement de ces derniers et de réduire au minimum la transmission de l'infection. Ces mesures de PCI supplémentaires ont été maintenues en raison de la recrudescence d'autres virus respiratoires (p. ex., grippe et VRS) et de la pression exercée conséquemment sur le système de santé. Ces mesures incluaient, sans s'y limiter, les politiques de vaccination pour le personnel et les visiteurs, les mesures de restriction des visiteurs, le dépistage actif et passif chez les visiteurs, le personnel et les patients, les restrictions des rassemblements en personne, les limites d'occupation, la distanciation et le regroupement en cohortes du personnel et des patients, le port universel du masque et l'utilisation systématique d'une protection oculaire.

Ces mesures fonctionnent mieux lorsqu'elles sont regroupées sous forme de stratégie multifacette. Pendant la pandémie, il convient de réexaminer et d'ajuster les mesures de PCI supplémentaires instaurées dans les établissements de soins de santé à mesure que l'incidence des virus respiratoires dans la communauté change, dans le but de protéger les patients vulnérables et de réduire la transmission dans les établissements de soins de santé, en plus de préserver la capacité opérationnelle du réseau de la santé.

Alors que les mesures de PCI sont adaptées aux milieux de soins en fonction de l'évolution du risque de transmission, la gestion du changement sera essentielle étant donné les seuils de risque différents du personnel de la santé et de la population générale. Songeons entre autres à la communication des raisons de ces changements à l'aide d'un cadre précis pour soupeser les risques et les bienfaits pour les patients, le personnel et les soins de santé.

Cadre des risques de transmission

Le cadre des risques de transmission pour l'ajustement des mesures de PCI reproduit ci-dessous ([Tableau 1](#)) peut servir de point de départ à l'élaboration d'un plan organisationnel qui tient compte de l'épidémiologie et des risques de transmission locaux, ainsi que des besoins uniques d'une organisation ou d'un établissement de soins de santé. Il décrit les indicateurs à prendre en compte en matière de PCI pour établir le risque de transmission dans les milieux de soins, lesquels dépendent largement de l'incidence des virus respiratoires, incluant le SRAS-CoV-2, la grippe et le VRS dans la communauté. La mise en œuvre en temps utile d'interventions multifacettes est essentielle pour protéger les patients et le personnel, prévenir les infections liées aux soins de santé et réduire la tension exercée sur le personnel hospitalier et les autres ressources.

L'intervalle entre le début de la saison des virus respiratoires et l'atteinte d'un déclin soutenu de leur incidence dans la communauté serait considéré comme étant une période **à risque élevé** pour la transmission en milieu de soins. Habituellement, l'incidence des virus respiratoires augmente en automne et en hiver, lorsque les gens passent plus de temps à l'intérieur. Le début d'une augmentation constante

de l'activité des virus respiratoires (p. ex., grippe et VRS) se situe habituellement aux mois d'octobre et novembre pour culminer en janvier et ensuite diminuer graduellement jusqu'aux mois d'avril et mai.

Hors de la saison habituelle de risque élevé de transmission des virus respiratoires, et au vu de la saisonnalité incertaine du SRAS-CoV-2, il importe de surveiller la fréquence des éclosions en milieu institutionnel, les hospitalisations, les admissions aux soins intensifs et les variations des autres facteurs épidémiologiques (p. ex. marqueurs de transmission communautaire) susceptibles d'indiquer un risque de transmission élevé et de justifier la mise en œuvre de mesures de PCI supplémentaires (voir le [Tableau 1](#)). Étant donné que de fréquentes modifications sont associées à des problèmes de mise en œuvre, l'évolution de ces facteurs devrait être soutenue ou susceptible de l'être pendant plusieurs semaines avant que ne soient apportées des modifications importantes des mesures de PCI (à l'exception de la gestion des éclosions). Bien que tous ces indicateurs puissent être pris en compte dans la détermination du risque de transmission, la fréquence des éclosions institutionnelles est un indicateur clé parce que les éclosions ont des conséquences importantes pour les patients et le personnel et que les modifications des mesures de PCI auront la plus grande influence sur cet indicateur. Les hospitalisations et les admissions aux soins intensifs motivées par des infections respiratoires peuvent être utilisées comme un indicateur de la gravité de la maladie et elles sont importantes pour comprendre les conséquences des infections nosocomiales lorsqu'on envisage l'instauration de mesures supplémentaires. La transmission communautaire ne sera pas influencée par les pratiques institutionnelles locales à moins qu'elles soient appliquées au niveau de la communauté, cependant, un taux élevé de transmission communautaire augmente la probabilité de propagation dans le système de santé. Les principaux facteurs indépendants à prendre en compte dans la détermination de l'incidence communautaire incluent le taux de positivité dans la communauté et les tendances de contamination des eaux usées, si possible. Des indicateurs comme la hausse des hospitalisations, des taux d'infections nosocomiales et des éclosions, le taux de positivité du personnel (lorsque mesures de dépistage sont offertes) et l'absentéisme des effectifs des établissements de soins de santé peuvent être envisagés comme mesure substitutive de l'incidence communautaire ainsi que pour la détermination des périodes de risque élevé.

La période de risque **non élevé** regroupe toutes les périodes qui ne présentent pas un risque élevé. Pendant ces périodes, quelques mesures préconisées en période de risque élevé peuvent être conservées en fonction de l'évaluation du risque de transmission des patients et du personnel et de considérations opérationnelles.

Le [Tableau 1](#) fournit des indicateurs à prendre en compte pour cerner les périodes de risque élevé de transmission. Ce cadre peut être appliqué à tous les paliers d'une organisation, d'un établissement de soins de santé, d'un bureau de santé publique, d'une région ou d'une province. Bien que tous les indicateurs doivent être considérés dans l'identification d'une période de risque élevé, ils sont énumérés par ordre d'importance. Des seuils précis pour les mesures ou les indicateurs de chaque période n'ont pas été établis, car il n'existe aucune donnée probante pour appuyer un seuil quantitatif spécifique et que le risque de tolérance différera en fonction de plusieurs facteurs dynamiques (p. ex. épidémiologie locale, population vulnérable, couverture vaccinale, contraintes en matière de personnel de santé, etc.). Le niveau de départ correspond au niveau attendu de l'indicateur en fonction de l'expérience passée. Selon les circonstances, il peut exister des différences dans la pondération de chacun des critères d'évaluation du risque qualitatif ou quantitatif pour la population par territoire et milieu de soins de santé.

Tableau 1 : Cadre de 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	Fréquentes et en cours	Occasionnelles ou de base
Hospitalisations et admissions aux USI*	Élevées et/ou trajectoire ascendante	De base et stables
Transmission communautaire**	Élevée et/ou trajectoire ascendante	Faible à modérée et stable

*Consécutives à une infection respiratoire virale. Cet indicateur peut inclure un contexte local ou provincial selon l'organisation. Les autres mesures à considérer pour déterminer la gravité de la maladie incluent le nombre de cas hospitalisés ou le nombre hebdomadaire d'hospitalisations pour 100 000 personnes de la communauté.

**Les mesures substitutives à prendre en compte comme indicateurs de la transmission communautaire incluent :

1. Les taux de positivité dans la communauté;
2. Le nombre de membres du personnel touchés y compris les taux de positivité et d'absentéisme;
3. Les tendances issues de la surveillance des eaux usées.

Pratiques recommandées de PCI par niveau de risque

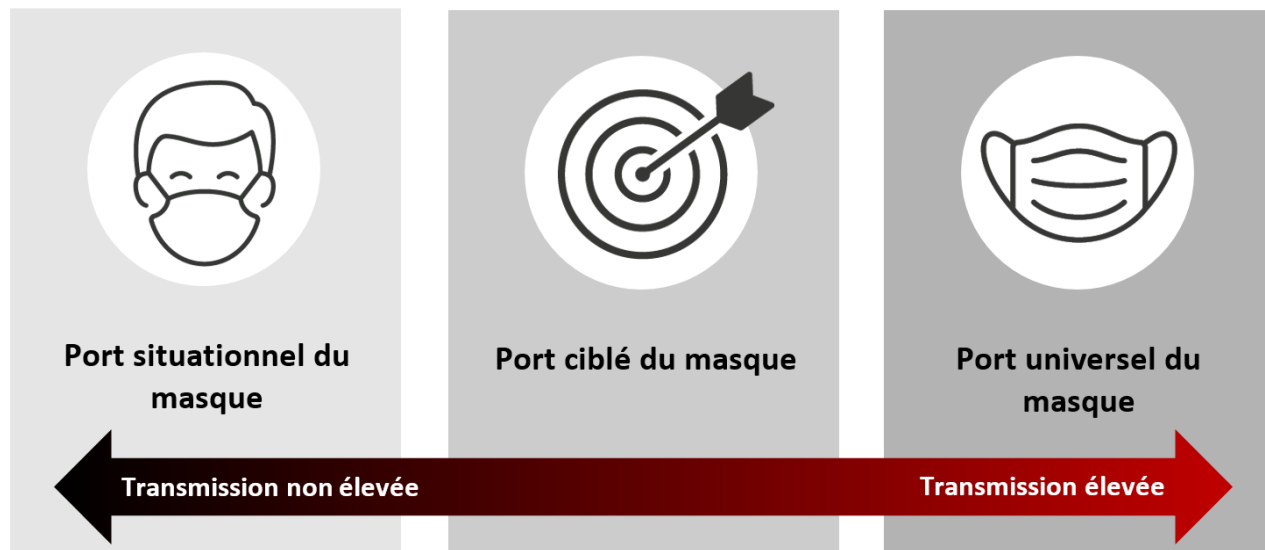
La transmission du SRAS-CoV-2 par des cas non reconnus (p. ex. asymptomatiques, présymptomatiques) pendant la pandémie de COVID-19 a conduit à l'ajout de mesures de PCI supplémentaires aux pratiques de base en vigueur. Ces mesures de PCI supplémentaires ont été appliquées à toutes les zones de soins cliniques et, dans certaines circonstances, à l'ensemble des établissements de soins de santé.

Des données probantes tendent à indiquer que le port universel du masque pour le contrôle à la source et la protection personnelle dans les milieux de soins est associé à une réduction de la transmission de la COVID-19^{5,6} et serait probablement efficace pour prévenir la transmission d'autres virus respiratoires, en particulier ceux dont la propagation est présymptomatique et asymptomatique (p. ex., grippe). L'utilisation systématique du masque par le personnel, les patients et les visiteurs peut également réduire le risque de transmission et le besoin de surveiller l'exposition à d'autres infections transmissibles.

Il existe peu de données probantes indiquant que le port universel d'une protection oculaire réduit la transmission du virus de la COVID-19 et d'autres virus respiratoires, hormis les recommandations relatives aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires pendant la prestation des soins. Par conséquent, une protection oculaire est recommandée conformément à l'évaluation du risque au point de service (voir le paragraphe sur les Pratiques de base) pendant toutes les périodes à risque.

La [Figure 1](#) résume l'éventail des recommandations de port du masque pour le contrôle à la source, du port situationnel du masque au port ciblé en passant par le port universel du masque, pour les périodes de risque de transmission non élevé à élevé. Pendant toutes les périodes de risque, les recommandations relatives au port du masque devraient au moins rejoindre les recommandations communautaires à cet égard pour *les espaces intérieurs*.

Figure 1. Éventail des recommandations pour le port du masque en fonction des périodes de risque de transmission : de non élevé à élevé



Santé Ontario, 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.

Pendant les périodes à **risque élevé** de transmission, le port du masque est recommandé au minimum pour tous les soins directs aux patients (**port ciblé du masque — contexte clinique**). En dehors des soins directs aux patients, le port du masque peut être instauré en se basant sur une évaluation du risque de transmission pour les patients et le personnel, en tenant compte de la durée, de la fréquence et du nombre d'interactions (voir le [Tableau 2](#)). Par exemple, si l'on considère l'évaluation du risque de transmission aux patients, les zones comme les salons, les salles d'attente, où il peut y avoir une exposition étroite et prolongée à un grand nombre de personnes présentent un risque plus élevé pour eux, et requièrent le port du masque par rapport aux zones où les interactions sont passagères, comme les couloirs.

Pour l'évaluation du risque de transmission au personnel, il est important de prendre en compte des scénarios similaires dans lesquels il peut y avoir un contact étroit et prolongé (par exemple, dans les services d'hospitalisation), ainsi que l'impact sur le personnel en cas d'exposition (unités d'hospitalisation ou de soins ambulatoires ou bâtiments administratifs hors site), et le potentiel fardeau au sein de l'établissement dans le cas d'une unité qui serait touchée par une éclosion, et plus grave encore, un service à haut risque comme une unité de soins intensifs ou de transplantation.

Le port universel du masque consiste à porter le masque dans toutes les zones (cliniques, administratives et publiques) de l'établissement (port du masque « mur à mur »).

Pendant les périodes de **risque non élevé**, certaines mesures de la période à risque élevé peuvent encore être envisagées, sur la base d'une évaluation du risque de transmission aux patients et au personnel (**port situationnel du masque**). Le port du masque par le personnel soignant pour les soins directs aux patients est le meilleur moyen de protéger les patients et peut être envisagé en particulier lorsque des soins sont prodigués à des populations à haut risque, notamment en cas de soins directs prolongés. En outre, le port du masque par les visiteurs/soignants essentiels est également très efficace

pour protéger les patients en cas de transmission communautaire élevée et de déplacements fréquents du visiteur/soignant essentiel entre la communauté et l'établissement de soins de santé.

Tableau 2 : Scénarios et éléments à prendre en considération pour le port ciblé du masque

Différents scénarios pour le port ciblé du masque	Motif/éléments à prendre en considération
Port du masque pour le personnel soignant lors des soins directs aux patients (port ciblé du masque — contexte clinique)	<p>Réduire le risque de transmission nosocomiale entre les travailleurs de la santé et les patients, en particulier en cas de contact étroit et prolongé (par exemple, lors des actes de soins sur les patients).</p> <p>En dehors des périodes de transmission élevée, les situations où le port du masque peut être envisagé sont notamment lors des soins directs aux patients à risque élevé (par exemple, patients immunodéprimés), en particulier lorsque les soins directs prennent du temps (p. ex., patients ayant des besoins importants).</p>
Port du masque pour le personnel soignant dans les zones cliniques des patients hospitalisés (port ciblé du masque dans les zones de patients hospitalisés)	<p>Réduire le risque de transmission nosocomiale, y compris entre les membres du personnel, ou en cas de contact involontaire avec des patients non masqués.</p> <p>Les éléments à prendre en considération comprennent l'évaluation des risques en matière de dotation du personnel de santé en cas d'exposition, de charge de travail élevée dans l'établissement (par exemple, une éclosion dans un service), de patients dans les couloirs et/ou de service à haut risque comme l'unité de soins intensifs ou l'unité de transplantation.</p>
Port du masque pour le personnel soignant dans les zones cliniques ambulatoires (port ciblé du masque pour les membres de l'unité ambulatoire)	<p>Réduire le risque de transmission nosocomiale, y compris entre les membres du personnel, ou en cas de contact involontaire avec des patients non masqués.</p> <p>Les éléments à prendre en considération comprennent l'évaluation des risques en matière de dotation du personnel de santé en cas d'exposition, le risque d'exposition dans les salles d'attente et provenant des patients se trouvant dans la clinique (p. ex., hématologie, clinique d'oncologie).</p>
Port du masque dans les salles de réunion, les zones administratives/de bureau/les zones cliniques sans contact avec les patients	<p>Réduire le risque de transmission entre les membres du personnel.</p> <p>Les éléments à prendre en considération comprennent l'évaluation des risques en matière de dotation du personnel de santé en cas d'exposition et l'assurance d'une transmission entre les membres du personnel (éclosions, augmentation du nombre de membres du personnel touchés par la maladie).</p>

Différents scénarios pour le port ciblé du masque	Motif/éléments à prendre en considération
Port du masque pour les travailleurs de la santé dans les espaces publics et les zones non cliniques (c'est-à-dire qu'aucune activité de soins n'est prodiguée aux patients)	Les recommandations devraient au minimum être harmonisées avec les directives communautaires sur le port du masque à l'intérieur des bâtiments, si elles sont en place. Les recommandations pour le personnel, les patients et les visiteurs doivent être les mêmes dans les zones communes.
Port du masque pour les patients asymptomatiques [†]	À envisager : s'aligner sur le port du masque pour les travailleurs de la santé dans les zones cliniques. À envisager : dans les zones communes où il peut y avoir une exposition étroite et prolongée à un grand nombre de personnes (par exemple, les salons, les salles d'attente et pour la protection des patients présentant un risque élevé de maladie grave).*
Port du masque pour les visiteurs/soignants essentiels dans les zones cliniques	Lorsqu'ils se trouvent près du lit ou dans la chambre du patient, pour les soignants essentiels qui sont des contacts familiaux partageant la chambre du patient (par exemple, un parent ou une femme qui va accoucher) ou pour les soignants essentiels dans des établissements de soins de santé non actifs (p. ex., un établissement de soins de longue durée, des soins à domicile), dans toutes ces situations, le port du masque pourrait être instauré uniquement lorsque le patient est soigné par un membre du personnel (mais cette mesure peut être envisagée à tout moment).

* Les exceptions peuvent inclure les milieux de vie où des interactions entre plus petits groupes de patients sont jugées comme étant un aspect important des soins (p. ex., foyers de soins de longue durée).

[†]Le port du masque n'est pas recommandé pour les patients pédiatriques de deux ans ou moins ni pour un patient incapable de tolérer un masque pour des raisons médicales. Les patients qui présentent des signes ou des symptômes de maladie infectieuse transmissible devraient porter un masque quand ils se trouvent hors de leur lit, conformément aux politiques et procédures de l'établissement, sauf en cas de contre-indications.

Contrôles environnementaux

Les contrôles environnementaux peuvent réduire la transmission des virus respiratoires grâce à une aération adéquate, à la distanciation physique et à l'utilisation sélective de barrières physiques. Certains contrôles environnementaux sont difficiles à instaurer en temps voulu et ne se prêtent pas à une utilisation ciblée pour une période de risque donnée. D'autres contrôles environnementaux sont bénéfiques même en dehors du contexte d'une pandémie et ne devraient pas se limiter à une période de risque de transmission (p. ex. atteinte d'une aération adéquate).

La distanciation physique peut réduire le risque de transmission des virus respiratoires, puisque la transmission survient communément lors de contacts étroits non protégés. Par conséquent, lorsque des patients qui ne sont habituellement pas en contact les uns avec les autres sont rassemblés dans un même lieu (p. ex. salle d'attente), la distanciation physique devrait être optimisée, en particulier si une

personne présente des signes et des symptômes de maladie contagieuse et qu'une chambre individuelle n'est pas disponible immédiatement (p. ex. service d'urgence). Bien que la recommandation relative à la distanciation soit actuellement de deux mètres au Canada, tant l'Organisation mondiale de la santé que les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis recommandent de maintenir une distance d'un mètre. La distanciation n'est pas un principe de tout ou rien et une distanciation accrue peut réduire le risque de transmission des virus respiratoires. Par conséquent, dans les lieux où le maintien d'une distanciation de deux mètres est impossible, l'objectif devrait être d'optimiser la distanciation autant que possible et le port du masque peut être mis à profit afin d'atténuer la propagation des infections respiratoires.

Dans les cas où les interactions sociales sont encouragées ou ceux où les personnes sont dans un milieu de vie (p. ex., maisons de retraite), l'optimisation de la distanciation physique peut ne pas toujours être la mesure qui convient et le port du masque peut alors contribuer à réduire la transmission lors des périodes de risque élevé.

Vaccination

Une série de vaccination qui comprend toutes les doses recommandées est une intervention fondée sur des données probantes qui s'est révélée réduire l'incidence des virus de la COVID-19 et de la grippe et réduire la probabilité pour ces maladies d'évoluer vers une forme grave. Il est donc fortement recommandé que tous les travailleurs de la santé, les patients et les visiteurs admissibles se fassent vacciner et reçoivent toutes les doses nécessaires de ces vaccins ainsi que des autres vaccins recommandés contre les virus respiratoires (comme le virus syncytial respiratoire), dès qu'ils sont disponibles.

Dépistage

Le dépistage actif ou passif des signes et des symptômes de maladies transmissibles s'inscrit dans les pratiques exemplaires, quel que soit le risque de transmission.

Les membres du personnel doivent signaler les symptômes de maladies transmissibles au service de santé et sécurité au travail et ils ne doivent pas se présenter au travail (sauf durant les périodes de pénurie de personnel et avec l'autorisation du service de santé et sécurité au travail et de la direction de l'établissement). Pour faciliter la déclaration des symptômes par les membres du personnel, les établissements doivent adopter des politiques favorables d'aide au télétravail et de congés de maladie.

Précautions supplémentaires, placement des patients et ÉPI

Des précautions supplémentaires s'ajoutent aux pratiques de base chez les patients que l'on sait ou que l'on soupçonne être infectés ou colonisés par certains organismes transmissibles. Elles s'imposent, quelles que soient la situation épidémiologique actuelle de la COVID-19 ou la période de risque (c.-à-d., si le patient est atteint de la COVID-19, prenez les [précautions supplémentaires pour la COVID-19](#) indépendamment de l'incidence de base).⁴

Les patients atteints d'infections respiratoires virales devraient préférablement être soignés dans une chambre individuelle dans le respect des précautions supplémentaires et avoir accès à leurs propres toilettes si possible. En cas d'une grave pénurie de personnel ou d'un manque de lits important, des stratégies de regroupement en cohorte des patients doivent être envisagées.^{10,11,12}

Une évaluation des risques au point de service (ERPS) s'impose avant toute interaction. La sélection adéquate et l'utilisation de l'équipement de protection individuelle se fondent sur l'ERPS, peu importe la situation épidémiologique actuelle ou la période de transmission de risque.⁴

Facteurs à prendre en compte pour les visiteurs

Même si les visiteurs peuvent fournir un soutien émotionnel important aux patients, la restriction des visites pendant les périodes de risque élevé de transmission des virus respiratoires peut être envisagée en fonction de l'évaluation des risques organisationnels, après avoir soupesé les avantages et les risques de leur présence. Des exceptions peuvent s'appliquer pour les personnes qui satisfont aux critères organisationnels (p. ex. en fin de vie) et être adaptées aux besoins particuliers de l'organisation ou de l'établissement de soins de santé.

Rassemblements en personne et limites d'occupation des chambres

Pour tous les rassemblements en personne dans les établissements de soins de santé, le taux d'occupation ne devrait pas dépasser les limites énoncées dans les lignes directrices actuelles des autorités de santé publique. Il faudra penser à limiter le taux d'occupation des chambres pour que la distanciation physique puisse être respectée durant toutes les périodes de risque élevé, en particulier si les personnes ne portent pas de masque (p. ex. salles à manger), en fonction de facteurs propres à l'organisation comme les contraintes liées à la capacité de prestation des soins de santé.

Sommaire des révisions

Les éléments nouveaux de cette révision sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Numéro de version	Date d'entrée en application	Description des principaux changements	Page
1	22 nov. 2023	Clarification sur la manière dont les mesures de PCI peuvent être appliquées en fonction des niveaux changeants de transmission des virus respiratoires.	Global
1	22 nov. 2023	Nouvelle image ajoutée pour illustrer comment les mesures de masquage peuvent être appliquées en fonction des niveaux changeants de transmission des virus respiratoires.	6

Bibliographie

1. 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 [Internet]. 2^e édition, Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2021/03/covid-19-pidac-outbreaks-acute-care.pdf?sc_lang=fr
2. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Hierarchy of controls [Internet]. Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention; 2023 [modifié le 17 janvier 2023; cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>
3. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé. 3^e édition, Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2012. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf>
4. 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 [Internet]. 2^e édition Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2022 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/updated-ipac-measures-covid-19.pdf?sc_lang=fr
5. Wang X, Ferro EG, Zhou G, Hashimoto D, Bhatt DL. Association between universal masking in a health care system and SARS-CoV-2 positivity among health care workers. JAMA. 2020;324(7):703-4. Accessible à : <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12897>
6. Lan FY, Christophi CA, Buley J, Iliaki E, Bruno-Murtha LA, Sayah AJ, et coll. Effects of universal masking on Massachusetts healthcare workers' COVID-19 incidence. Occup Med. 2020;70(8):606-9. Accessible à : <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa179>
7. 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 (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2022/01/cohorting-strategies-facilitate-bed-flow-acute-care.pdf?sc_lang=fr
8. 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 (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ltrh/2020/11/covid-19-outbreak-cohorting-ltch.pdf?sc_lang=fr
9. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Pleins feux sur : Regroupement en cohorte des résidents lors d'éclosions dans les lieux d'hébergement collectif [Internet]. 2^e édition, 2^e révision. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [modifié en mars 2022; cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/cong/2020/06/focus-on-cohorting-outbreaks-congregate-living-settings.pdf?la=fr>

Modèle proposé pour citer le document

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. 1re révision, Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023.

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement de l'Ontario, aux organismes de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation de ce document relèvent de la responsabilité de l'utilisateur. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. 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 et/ou modification ne peut être apporté à ce document sans l'autorisation écrite expresse de SPO.

Historique des publications

Date de publication : avril 2023

1^{re} révision : novembre 2023

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario qui a pour mission de protéger et de promouvoir la santé de tous les Ontariens et de réduire les inégalités en matière de santé. 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.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.