

RAPPORT TECHNIQUE

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 : novembre 2023

Aperçu

Les recommandations contenues dans le présent rapport technique intègrent les données probantes obtenues à ce jour sur les voies de transmission, l'efficacité de l'équipement de protection personnelle (ÉPI) utilisé par les travailleurs de la santé (TS) et l'effet encore inconnu de l'émergence des variants et de leurs lignées virales. Ces recommandations seront mises à jour au besoin en fonction des nouvelles données.

Principales conclusions

- Les TS courent le risque d'être infectés à la suite d'une exposition en milieu professionnel et communautaire. Par conséquent, la protection des TS contre la COVID-19 requiert l'application d'une structure hiérarchique de mesures en prévention et contrôle des infections (PCI) dans les milieux de soins, ainsi que des mesures de santé publique visant à ralentir la transmission de la COVID-19 dans la collectivité, plus particulièrement la vaccination.
- Le choix et l'utilisation d'ÉPI approprié dans un contexte de soins sont cruciaux compte tenu des risques associés aux interactions lors de la prestation de soins. La littérature scientifique actuelle comparant les respirateurs N95 (ou leur équivalent) aux masques médicaux (chirurgicaux/de procédure) comporte d'importantes limites attribuables à un facteur de confusion non mesuré et à un risque de biais élevé. Il existe un essai contrôlé randomisé qui a conclu que les masques médicaux n'étaient pas inférieurs aux respirateurs N95 (sur la base d'une marge prédéfinie de 2) pour prévenir l'infection symptomatique à la COVID-19 confirmée par RT-PCR lors de la prestation de soins à des patients dont l'infection au SRAS-CoV-2 est suspectée ou confirmée. Les autres données probantes sont amalgamées à celles de grandes études observationnelles appuyant un effet protecteur accru du respirateur N95 par rapport au masque médical lors de la prestation de soins à des patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée, si l'on se fie aux études menées avant septembre 2021.
- L'ÉPI recommandé lors de la prestation de soins directs à des patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée comprend un masque médical (chirurgical ou de procédure) bien ajusté ou un respirateur N95 (ou équivalent) testé et dont l'étanchéité a été vérifiée, une protection oculaire, une blouse, et des gants.

- Les analyses laissent présager une transmissibilité grandement accrue et une efficacité moindre des séries primaires de vaccins contre certains variants de la COVID-19. Il a été démontré que l'administration de toutes les doses de rappel disponibles améliorerait l'efficacité des vaccins contre les formes graves de la maladie attribuables à des variants connus de la COVID-19 et pourrait s'avérer efficace contre les variants et sous-variants émergents et futurs de la COVID-19. Il est recommandé que les TS restent à jour sur les doses de vaccins recommandés quand ils y sont admissibles, afin d'accroître leur protection contre le virus et leur exposition autant dans la collectivité que dans le milieu des soins de santé.

Contexte

Les données probantes sur les voies de transmission du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) ont été résumées ailleurs.^{1,2} Le SRAS-CoV-2 se transmet le plus souvent et le plus facilement à courte distance, par une exposition à des particules respiratoires dont la taille varie de grandes gouttelettes à de plus petits aérosols qui peuvent être inhalés ou se déposer sur les muqueuses.¹ L'infection peut aussi survenir lorsque l'on touche les muqueuses avec des mains contaminées par le virus.² Les données laissent aussi entendre qu'une transmission par aérosol sur une longue distance est possible surtout dans les endroits où la ventilation est inadéquate, ou en présence d'une ou de plusieurs personnes hautement contagieuses.¹

- Les données probantes laissent supposer que certains variants ou sous-variants de la COVID-19 pourraient présenter un degré de transmissibilité accru.³ Les mécanismes de cette transmissibilité accrue ne sont pas clairs. Les vaccins se sont également montrés relativement moins efficaces contre certains variants ou sous-variants, d'où la nécessité d'optimiser et d'observer tous les niveaux des mesures de PCI actuelles, ce qui comprend des dispositifs de protection respiratoire bien ajustés.^{4,5}
- Les TS en Ontario courent un risque d'exposition dans leur milieu de travail, mais leur risque d'exposition en milieu communautaire est également élevé⁶. Le risque d'infection à la COVID-19 des TS est influencé par de multiples facteurs, notamment les caractéristiques du virus (dose infectieuse), les données épidémiologiques locales, les facteurs liés aux TS (statut immunitaire, pratique de l'hygiène des mains), les pratiques liées à l'ÉPI (incluant le choix, l'ajustement et les techniques d'enfilage et d'enlèvement), les facteurs liés aux patients (statut vaccinal, capacité de porter un masque pour exercer un contrôle de la source), les interactions (contacts étroits et prolongés, interventions associées à un risque de transmission plus élevé) et les facteurs environnementaux (rassemblements et ventilation). Pour une protection optimale, on privilégiera le recours à des mesures préventives combinées à multiples niveaux afin de réduire le risque d'infection à la COVID-19.
- La vaccination, incluant toutes les doses recommandées auxquels on est admissible, augmente l'efficacité des vaccins pour protéger les TS d'une infection d'origine professionnelle et communautaire.^{7,8} Les TS devraient suivre les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et celles de la province concernant les doses de rappel et les nouveaux vaccins contre la COVID-19.⁹

Préambule

La protection des TS et des autres membres du personnel dans tous les établissements où des soins sont fournis est primordiale. Les établissements de soins de santé comprennent, entre autres, les établissements de soins actifs, de soins préhospitaliers, de soins de longue durée et de soins primaires, les cliniques de soins ambulatoires, les cliniques dentaires et de soins communautaires, y compris les soins à domicile, et les autres lieux de la collectivité où des soins de santé sont fournis (p. ex. les écoles, les résidences ou les établissements correctionnels). Une hiérarchie des mesures de contrôle des dangers est utilisée dans les établissements de soins de santé (et dans d'autres lieux de travail) en vue de réduire les risques de transmission d'une infection. Le présent rapport technique met l'accent sur les recommandations relatives à l'ÉPI, mais l'ÉPI en soi n'est pas suffisant pour protéger les TS, surtout dans le contexte d'une transmission communautaire importante, et les recommandations à leur égard doivent être mises en œuvre avec la vaccination des TS et d'autres mesures de protection relevant de la structure hiérarchique des mesures de contrôle. Les recommandations de pratiques exemplaires en matière de PCI reposent sur la science de la transmission des infections, l'efficacité des mesures en isolement et en combinaison à titre de mesures d'atténuation superposées, ainsi que l'efficacité et l'incidence de la fidélité de la mise en place.

Les recommandations concernant l'ÉPI résumées dans le tableau qui suit sont fondées sur les meilleures données probantes disponibles et ont été adaptées des documents suivants : [Rational Use of Personal Protective Equipment for Coronavirus Disease 2019](#), de l'Organisation mondiale de la Santé, et [Health Protection Scotland's Standard Infection Control Precautions Literature Review of AGMPs](#), de Health Protection Scotland (disponibles en anglais seulement).^{10,11}

Les établissements de santé doivent observer les exigences législatives qui s'appliquent à leur organisation ou leur milieu.

Aux fins du présent document, la personne qui reçoit des soins sera appelée un patient, quel que soit l'endroit où les soins sont prodigués.

Évaluations des risques recommandées

Évaluation du risque organisationnel

Une pratique recommandée est d'effectuer une évaluation du risque organisationnel (ERO). Une ERO est une méthode systématique permettant de cerner les zones à risque d'infection et d'évaluer l'efficacité des mesures de contrôle mises en place afin d'atténuer la transmission des infections dans les établissements de santé. L'ERO est au cœur de la préparation et de la planification de toute organisation de soins de santé afin de protéger les TS. Les organisations ont la responsabilité d'assurer la sensibilisation et la formation des TS concernant l'ERO de l'organisation et les lacunes identifiées, et de fournir des directives sur les facteurs organisationnels qui peuvent influencer sur le choix et l'usage de l'ÉPI, comme les données épidémiologiques locales, les patients et l'évaluation de la ventilation dans l'établissement. Les organisations doivent également maintenir les voies de communication ouvertes avec les représentants des comités mixtes sur la santé et la sécurité, le cas échéant.¹²

L'ERO liée à la mesure de contrôle la plus importante, soit l'élimination du virus, comprend le statut vaccinal des TS au sein de l'organisation et des mesures de soutien pour inciter les TS à rester à la maison s'ils sont malades. Les mesures de contrôle techniques comprennent l'entretien et le maintien

des systèmes de chauffage, ventilation et climatisation (CVC), des barrières physiques pour le dépistage et l'accès à un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) au point de service; des contrôles administratifs, comme des politiques et des procédures concernant le dépistage, le recours aux chambres individuelles et d'isolement des infections aéroportées, la surveillance de l'épidémiologie locale (incluant les effets des nouveaux variants) ainsi que la sélection et l'utilisation appropriées des ÉPI, dont l'utilisation d'une évaluation des risques au point de service (ERPS).

Une connaissance organisationnelle des systèmes de ventilation et de renouvellement d'air dans les différents secteurs de l'établissement, afin d'identifier les chambres qui ne répondent pas à la norme minimale de la CSA, permet de prioriser les secteurs où il faut limiter le taux d'occupation et de faciliter la répartition des patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée. L'application de la structure hiérarchique des mesures de contrôle permet également d'atténuer le risque de transmission lorsque des améliorations ne sont pas possibles ou sont en cours (p. ex., élimination — ne pas utiliser la chambre; substitution — n'utiliser la chambre que pour le triage des patients négatifs; mesures techniques — optimisation de la ventilation, n'utiliser la chambre que pour des patients pouvant porter un masque; administration — limiter le taux d'occupation, autoriser uniquement de courtes visites dans les chambres; ÉPI — utiliser des respirateurs N95 ou équivalent).

Évaluation des risques au point de service

L'évaluation des risques au point de service (ERPS) est la première étape des [Pratiques de base](#)¹³, qui doivent être employées auprès de tous les patients, pour tous les soins et pour toutes les interactions. Une évaluation des risques au point de service comprend également une évaluation du risque d'exposition propre à l'intervention à effectuer ainsi que de sa durée. Il faudrait offrir une formation aux TS sur la façon de mener efficacement une évaluation des risques, comprenant de l'information sur l'efficacité des mesures de contrôle de l'évaluation du risque organisationnel pertinentes pour l'évaluation des risques au point de service. Les évaluations des risques sont dynamiques et devraient être réalisées par le TS avant chaque interaction avec un patient ou chaque tâche pour déterminer s'il a un risque d'être exposé à une infection et pour sélectionner ensuite l'ÉPI requis pour se protéger et protéger d'autres travailleurs lors de l'interaction avec le patient et son environnement. Voici quelques exemples de facteurs de risque qui peuvent accroître le risque de transmission et d'infection pour le TS :

- **TS** : statut vaccinal non conforme relativement à la COVID-19
- **Patient** : impossibilité de porter un masque pour exercer un contrôle de la source
- **Interaction** : contact étroit et prolongé, intervention présentant un risque élevé (voir ci-dessous).

Application de la hiérarchie des mesures de contrôle des dangers

Selon le [National Institute for Occupational Safety and Health](#) (NIOSH), le cadre fondamental pour protéger les travailleurs est l'application de la hiérarchie des mesures de contrôle des dangers.¹⁴ Les niveaux des mesures de contrôle vont des plus élevés, jugés comme les plus efficaces pour réduire le risque d'exposition (c'est-à-dire élimination et substitution), au niveau de prévention le plus bas ou le dernier palier de la hiérarchie entre le travailleur et le danger (c'est-à-dire l'ÉPI).

L'application de la hiérarchie des mesures de contrôle des dangers est une approche reconnue en matière de confinement ou d'atténuation des dangers et elle est fondamentale à un cadre de santé et de sécurité au travail (SST). Une compréhension des forces et des limites de chacune des mesures permet aux organisations de soins de santé de déterminer comment le milieu des soins de santé (p. ex. l'infrastructure, l'équipement, les processus et les pratiques) augmente ou diminue le risque d'infection des TS par l'exposition à un agent pathogène dans le cadre des soins de santé.

La collaboration entre les services de prévention et de contrôle des infections (PCI), la SST et les ingénieurs en bâtiment du secteur de la santé permet d'évaluer et de mettre en œuvre des mesures visant à réduire le risque d'exposition des TS aux agents pathogènes.

La hiérarchie des mesures de contrôle se veut un complément aux autres mesures de santé publique comme la distanciation physique, l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire.

Élimination et substitution

L'élimination et la substitution sont considérées comme les moyens les plus efficaces dans la hiérarchie des mesures de contrôle, mais il n'est pas souvent possible de les appliquer ou de les mettre en œuvre intégralement dans le contexte de la lutte contre les infections dans les établissements de santé. Des vaccins contre la COVID-19 sont actuellement offerts au Canada. Une vaste couverture vaccinale (incluant les doses de rappel, comme recommandé) est une composante intégrale de protection des TS contre les formes graves de la maladie, en réduisant la propagation du SRAS-CoV-2 dans la population et en limitant la probabilité qu'il y ait des patients infectés dans les établissements de soins de santé.^{15,16} La vaccination sera moins efficace en tant que stratégie d'élimination des nouveaux variants et sous-variants échappant à l'immunisation.^{4,5} De plus, le recours aux consultations cliniques virtuelles plutôt qu'en personne, lorsque cela est approprié, peut réduire le fardeau global de la COVID-19 en milieu clinique.

Mesures de contrôle techniques et systémiques

Les mesures de contrôle techniques réduisent ou éliminent l'exposition en isolant le danger de la personne ou en orientant physiquement les mesures de façon à réduire les possibilités d'erreur humaine.

Les exemples comprennent la ventilation (p. ex. les chambres d'isolement des infections aéroportées [CIIA]), la réduction des obstacles structurels à la circulation de l'air, l'optimisation des changements d'air dans le système de CVC, les barrières physiques totales entre les patients et les TS à la réception et au triage, les contenants d'objets tranchants et les désinfectants pour les mains à base d'alcool facilement accessibles aux points de service. D'autres exemples incluent les chambres individuelles et les antichambres pour l'enfilage et l'enlèvement des ÉPI, pour lesquelles il faut une formation accrue (voir Mesures de contrôle administratives), afin d'éviter qu'elles soient contaminées par des ÉPI souillés.

Mesures de contrôle administratives

Les mesures de contrôle administratives sont des mesures visant à réduire le risque de transmission des infections aux TS et aux patients grâce à la mise en œuvre de politiques, de procédures, de formations et de mesures de sensibilisation.

Pour être efficaces, les mesures de contrôle administratives visant à prévenir la transmission d'infections doivent être soutenues par les dirigeants de l'organisation de soins de santé, en consultation avec la direction et les TS, par l'entremise du comité mixte de santé et de sécurité ou du représentant de santé et de sécurité, afin de mettre en place les procédures organisationnelles, les ressources, les mesures de

sensibilisation et la formation nécessaires pour appliquer efficacement les mesures de contrôle et inciter les TS et les autres utilisateurs à se conformer à leur application.

Parmi les exemples de mesures de contrôle administratives, on peut citer une politique de vaccination des TS, une politique relative aux congés de maladie, le système d'alerte électronique avec des indicateurs de maladies infectieuses pour la détection précoce, des précautions relatives à la répartition et d'autres précautions dans le cas de patients présentant des syndromes infectieux. Il y a aussi le dépistage actif, le dépistage passif (affichage), les politiques de restriction des visites, la restriction des entrées, le regroupement du personnel et des patients, des centres désignés pour le dépistage ou le traitement des patients, et des vérifications des pratiques mises en place.

Équipement de protection individuelle (ÉPI)

Le recours aux ÉPI repose sur la disponibilité, le soutien et l'utilisation appropriée des équipements de protection afin de réduire au minimum l'exposition et de prévenir la transmission. Les ÉPI, qui sont le dernier niveau de la hiérarchie des mesures de contrôle des risques, ne doivent pas être utilisés comme seule mesure de prévention principale. Les ÉPI comprennent les gants, les blouses, la protection respiratoire (y compris les masques médicaux ou chirurgicaux/les masques de procédure [ASTM niveau 1 à 3] et les respirateurs N95), ainsi que la protection oculaire (comprenant les lunettes de protection, dont certains types de lunettes de sécurité, les écrans faciaux, les lunettes à coques).¹⁷⁻¹⁸

Un examen systématique des effets protecteurs de la protection oculaire sur la transmission du SRAS-CoV-2 a permis de dégager cinq études observationnelles qui ont montré un effet protecteur général, mais toutes ces études présentaient un risque de biais élevé et la fiabilité des données était très faible.¹⁹

Le port d'un masque chirurgical ou de procédure (appelé ci-après masque médical) a montré son efficacité pour prévenir la transmission des infections respiratoires aiguës comme l'influenza.^{20,21} Des études ont été menées pour tenter de fournir davantage de données éclairantes sur l'utilisation des masques médicaux et des respirateurs N95 pour la protection contre les virus respiratoires, dont le SRAS-CoV-2; des sommaires de ces études sont fournis ci-après.

Il existe un essai contrôlé randomisé publié (clinicaltrials.gov NCT04296643) qui a examiné si l'efficacité des masques médicaux n'était pas inférieure à celle des respirateurs N95 testés et portés par les travailleurs de la santé (TS) pour la prévention de l'infection symptomatique de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) confirmée par RT-PCR (réaction en chaîne par polymérase après transcription inverse), chez les travailleurs de la santé prodiguant des soins de base à des patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.²² Le modèle de l'étude était un essai randomisé de non-infériorité mené du 4 mai 2020 au 29 mars 2022 au Canada, en Israël, au Pakistan et en Égypte. Des travailleurs de la santé ont été désignés au hasard pour porter des masques médicaux (n = 497) ou des respirateurs N95 (n = 507) lorsqu'ils prodiguaient des soins de base à des patients dont l'infection à la COVID-19 était suspectée ou confirmée pendant 10 semaines (ou jusqu'à 2 semaines après la réception d'un vaccin à ARNm). Les auteurs ont utilisé une marge prédéfinie de taille d'effet relative (rapport de risque instantané [RRI]) inférieur à 2 et ont constaté que les masques médicaux n'étaient pas inférieurs aux respirateurs N95 sur la base de cette marge prédéfinie. Bien que les résultats indiquent une non-infériorité, la marge était large, ce qui signifie que les résultats doivent être interprétés comme excluant un doublement du risque de COVID-19 symptomatique confirmé pour ceux qui portaient des masques médicaux par rapport aux respirateurs N95. Une réduction du risque inférieure à 2, mais supérieure à 1 n'a pas pu être déterminée sur la base du modèle de cette étude.²³

Les résultats d'examen systématiques et de méta-analyses antérieurs à cet essai contrôlé randomisé ne montrent aucune différence significative entre les respirateurs N95 et les masques médicaux lorsqu'ils sont utilisés par les TS pour prévenir la transmission d'infections respiratoires aiguës par des patients.^{24,25}

Un examen systématique et une méta-analyse préliminaires de l'efficacité des masques pour prévenir une infection au SRAS-CoV-2 révélaient l'effet protecteur important du port du masque chez les TS (RC ajusté 0,18; IC 95 % 0,09-0,34), mais ne comparaient pas différents types de masques.²⁶ Un examen systématique subséquent ne portait pas sur la comparaison directe entre les respirateurs N95 et les masques médicaux, mais l'analyse a révélé que les deux offrent une protection globale. Une sous-analyse des types de masques montre que l'utilisation des respirateurs N95 a un effet de protection élevé et que l'utilisation des masques médicaux a un effet de protection statistiquement significatif, quoiqu'avec un indice de confiance moindre dans ce dernier cas en raison de la petite taille de l'échantillon.²⁷ Un examen systématique de 12 études publiées jusqu'en juin 2021 a comparé l'utilisation des masques médicaux à celle de respirateurs N95 ou l'équivalent par les TS et conclu à un taux d'infection global similaire chez les deux groupes (9,46 % et 8,96 %, respectivement). Fait à noter, bon nombre des études incluses présentaient un risque de biais élevé et utilisaient des mesures variables pour déterminer le taux d'infection et la source d'acquisition (p. ex. communautaire ou nosocomiale) chez les TS infectés.²⁸

Une étude observationnelle de cohortes menée en Suisse portait sur l'analyse de l'autodéclaration du port du masque dans un contexte d'exposition cumulative au SRAS-CoV-2 chez près de 3 000 TS de septembre 2020 à septembre 2021. L'étude a révélé un taux de positivité au SRAS-CoV-2 de 21 % chez les TS qui portaient un respirateur et de 35 % chez ceux qui portaient un masque médical (RC, 0,49; IC 95 % 0,39-0,61).²⁹ L'exposition au domicile était associée au risque d'infection le plus élevé dans une analyse multivariable (RC, 7,79; IC 95 % 5,98-10,15); l'utilisation du respirateur (RC 0,56; IC 95 % 0,43-0,74) et la vaccination (RC 0,55; IC 95 % 0,41-0,74) étaient associées au risque d'infection le plus faible. Bien que moins de 10 % des participants portaient systématiquement un masque à l'extérieur de l'établissement de soins de santé, il n'y avait aucune donnée sur les sources communautaires et nosocomiales d'acquisition chez les TS infectés.

Des études observationnelles supplémentaires dans les administrations qui ont recommandé le port des masques médicaux pour les soins de base des patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée ont montré l'efficacité générale de cette politique en révélant un faible taux d'infection nosocomiale par rapport à une exposition communautaire.³⁰⁻³² Cependant, toutes ces études ont été réalisées dans le contexte des variants antérieurs du SRAS-CoV-2.

Il existe d'autres données mitigées sur l'efficacité relative des respirateurs N95 (ou leur équivalent) par rapport aux masques médicaux pour protéger d'une transmission du SRAS-CoV-2. Deux études par sondage comparant les taux d'infection chez les TS qui disaient avoir porté un respirateur ont montré une séropositivité au SRAS-CoV-2 considérablement plus élevée par rapport à ceux qui disaient avoir porté un masque médical.^{33,34} Cependant, dans l'étude par sondage provenant de France, il y avait un risque accru de séropositivité si les TS avaient utilisé un respirateur universel (p. ex. pour les soins aux patients qui n'étaient pas atteints de la COVID-19) par rapport à un masque médical³⁴. Dans une étude cas-témoin des TS en Colombie, on a trouvé un risque d'infection considérablement plus élevé confirmé par la méthode PCR-CDNA chez ceux qui n'ont pas utilisé un respirateur.³⁵ Dans une étude de cohorte en préimpression provenant de Suisse et menée auprès de plus de 3 000 TS, 22 % privilégiaient le port d'un respirateur et ce choix a été associé à une réduction du risque d'infection à la COVID-19 non statistiquement concluant, par rapport au masque médical (RR ajusté 0,8; IC 95 % - 0,6-1,0, p=0,052 et 0,7; IC 95 % - 0,5-1,0, p=0,053 pour une infection au SRAS-CoV-2 et une séroconversion confirmées par la méthode PCR, respectivement).³⁶ Dans une étude écologique provenant d'Angleterre comparant des éclosions de

COVID-19 dans des unités de chirurgie orthopédique et axée sur les politiques d'utilisation des respirateurs, moins d'éclosions ont été rapportées dans les unités qui recommandaient l'utilisation des respirateurs lors des soins aux patients symptomatiques (11/13 des unités avec masques médicaux c. 3/6 unités avec respirateurs), mais la différence n'était pas statistiquement significative.³⁷

Une étude de cohorte prospective a évalué les taux de séroconversion au SRAS-CoV-2 dans le contexte des politiques sur les masques médicaux ou les respirateurs FFP-2. L'étude a révélé que les différentes politiques n'influaient pas sur le taux de séroconversion et que les facteurs de risque les plus importants en ce qui concerne la séroconversion étaient l'exposition à des collègues de travail infectés et les contacts à la maison.³⁸

Dans une petite étude cas-témoin, il n'y avait aucune association significative entre le recours à un respirateur et l'infection.³⁹ Dans une étude intersectionnelle sur les services d'urgence (SU) des Pays-Bas, 13/45 (29 %) s'étaient dotés de politiques sur l'utilisation des respirateurs (et d'équipements de protection oculaire) pour tous les contacts avec des patients dont l'infection à la COVID-19 était suspectée ou confirmée, et on n'a constaté aucune différence quant aux infections du personnel des SU dans ces unités par rapport aux SU où l'on recommandait l'utilisation des masques médicaux lors des soins aux patients dont l'infection à COVID-19 était confirmée ou suspectée.⁴⁰ Dans une vaste étude de cohorte rétrospective des États-Unis réalisée auprès de TS prodiguant des soins de base ne nécessitant pas d'IMGA à des patients atteints de la COVID-19, il n'y avait aucune association quant au statut de positivité au SRAS-CoV-2 confirmée par la méthode PCR entre les TS portant des masques médicaux et ceux portant des respirateurs.⁴¹

Les données probantes existantes sont mitigées quant à l'effet protecteur du respirateur par rapport au masque et elles sont assez limitées puisqu'elles présentent un risque de biais et un facteur de confusion non mesuré élevés. Le niveau de protection pour les TS découlant d'autres mesures de prévention des infections (p. ex., statut de vaccination à jour) est important pour la protection contre l'exposition à des sources communautaires et dans d'autres milieux de travail (p. ex., cafétéria des employés, infections de patients ou d'employés encore non détectées). Les données existantes ne permettent pas de recommander fortement le masque médical plutôt qu'un respirateur; d'autres études sont nécessaires. Pour les soins de base d'un patient dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée, le choix du masque devrait se faire en fonction d'une évaluation des risques au point de service.

Hébergement des patients

Les patients dont l'infection au virus de la COVID-19 est suspectée ou confirmée doivent être soignés dans une chambre individuelle, lorsque c'est possible. L'utilisation d'une CIIA est la norme de soins recommandée lors de l'exécution d'une IMGA (voir ci-dessous). Si une CIIA n'est pas disponible, une chambre individuelle avec la porte fermée doit être utilisée pour l'intervention. Dans une étude, le recours universel à une CIIA pour des patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée n'a pas réduit les taux d'infection des TS.⁴² Aucune donnée ne laisse entendre qu'une période d'inactivité est requise après qu'un patient dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée a quitté la pièce ou à la suite d'une intervention à risque élevé (p. ex. IMGA). Les données et les recommandations étayant les périodes d'inactivité avant de rentrer dans une pièce (après le départ de la source d'infection) découlent en fait de la littérature sur la tuberculose, et ne peuvent pas s'appliquer à des virus respiratoires comme le SRAS-CoV-2. Par conséquent, il n'existe pas de recommandations quant à ces périodes d'inactivité pour le SRAS-CoV-2, quel que soit le milieu.

Interventions médicales présentant un risque de transmission accru

Les interventions médicales générant des aérosols (IMGA) sont des interventions ou interactions pour lesquelles on dispose de données épidémiologiques qui indiquent qu'elles peuvent augmenter de manière importante les risques d'infection pour les TS à proximité et, par conséquent, des respirateurs N95 ajustés (ou un équivalent) peuvent fournir un niveau de protection plus élevé, mais un masque médical bien ajusté (chirurgical/procédure) est recommandé comme niveau minimum d'équipement de protection respiratoire, en plus de la protection oculaire.⁴³

La présence d'aérosols n'est pas suffisante pour établir qu'une intervention ou une interaction présente un risque accru de transmission. Cependant, on reconnaît que d'autres interventions peuvent présenter des caractéristiques à risque élevé similaires aux IMGA, incluant les contacts étroits et prolongés avec les voies respiratoires. Le risque associé à ces interventions dépendra d'autres facteurs, comme la probabilité de transmission du SRAS-CoV-2, les taux d'infection communautaires, la durée de l'intervention, la présence de symptômes du SRAS-CoV-2, et la distance par rapport au patient. Même si ces interventions ont des caractéristiques présentant un risque élevé, à l'image des IMGA, il n'existe pas suffisamment de données claires sur les différents risques pour les TS qui portent un masque médical plutôt qu'un respirateur N95 selon leur ERPS.

Le prélèvement d'un écouvillon nasopharyngé ou un écouvillonnage de la gorge ne sont pas considérés comme une procédure entraînant un risque accru de transmission.³²

Tableau 1 : Procédures considérées comme des IMGA

Procédures considérées comme des IMGA

- Intubation, extubation et interventions connexes, p. ex., ventilation manuelle, aspiration ouverte
- Trachéotomie ou trachéostomie (insertion, aspiration ouverte, retrait)
- Bronchoscopie
- Chirurgies exigeant l'utilisation d'appareils à grande vitesse dans les voies respiratoires
- Certaines pratiques dentaires (p. ex. le forage à grande vitesse et le détartrage ultrasonique)
- Ventilation non invasive (VNI), p. ex. la ventilation à pression positive expiratoire à deux niveaux (BiPAP) et la ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP)
- Ventilation par oscillation à haute fréquence (HFOV)
- Induction d'expectorations avec du sérum physiologique nébulisé
- Oxygène nasal à haut débit (thérapie par canule nasale à haut débit)

Résumé des recommandations relatives aux ÉPI

Ces conseils visent à donner plus de précisions sur les ÉPI recommandés et d'autres ÉPI jugés appropriés pour prodiguer des soins à des patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée. À la lumière des données sur la transmissibilité⁷ variable des variants de la COVID-19, des différents mécanismes et variables de transmissibilité accrue et de l'efficacité potentiellement réduite des vaccins, les ÉPI recommandés pour les soins directs aux patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée comprennent un masque médical bien ajusté (chirurgical ou de procédure), ou un respirateur N95 ajusté et scellé (ou l'équivalent), une protection oculaire, une blouse d'isolement et des gants.

Le choix des ÉPI appropriés doit reposer sur l'évaluation des risques au point de service, l'ajustement et la tolérabilité du masque et de l'équipement. Les TS doivent suivre leurs directives organisationnelles locales.

Remarque : Lors de chaque contact avec un patient ou l'environnement d'un patient, veuillez effectuer une évaluation des risques au point de service et appliquer les [Quatre moments pour une hygiène des mains](#).⁴⁴

Durant la pandémie, d'autres pratiques de PCI ont été mises en place, par exemple le port obligatoire du masque médical ajusté, comme moyen de contrôle de la source (pour protéger les personnes autres que le porteur), et le port d'une protection oculaire lors de toutes les interventions cliniques, et elles peuvent être envisagées en fonction des périodes où il y a un risque de transmission, tel que précisé par SPO dans les [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](#).⁴⁵

Établissements de soins de santé — hôpitaux

Tableau 2 : Établissements de soins de santé — hôpitaux

Établissement	Personne	Activité	ÉPI recommandé
Chambre du patient	Travailleurs de la santé	Prestation de soins directs à des patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical ou respirateur N95 (ajusté, scellé) • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire
Chambre du patient	Travailleurs de la santé	Interventions médicales comportant un risque élevé de transmission (p. ex., IMGAs)	<ul style="list-style-type: none"> • Respirateur N95 (ajusté, scellé) ou masque médical* • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire
Chambre du patient	Préposés des services de nettoyage de l'environnement	Entrée et nettoyage dans la chambre de patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* ou respirateur N95 (ajusté, scellé) • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire

Établissement	Personne	Activité	ÉPI recommandé
Chambre du patient	Visiteurs	Entrée dans la chambre d'un patient dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire
Chambre du patient	Activités éphémères (p. ex., livraison des repas, buanderie – livraison et ramassage)	Entrée dans la chambre d'un patient dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire
Chambre du patient	Activités de passage (par exemple, livraison de repas, ramassage/dépose de linge)	Entrée dans la chambre d'un patient dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire
Triage	Travailleurs de la santé	Contrôle préliminaire ne nécessitant pas un contact direct.	<ul style="list-style-type: none"> • S'il est possible de maintenir une distance d'au moins 2 m ou une séparation par des barrières physiques : utiliser les pratiques de base. • S'il n'est pas possible de maintenir une distance d'au moins 2 m ou une séparation par une barrière physique : porter un masque médical*

Établissement	Personne	Activité	ÉPI recommandé
Triage	Patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée	Toute activité	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir une distance d'au moins 2 m ou une séparation par des barrières physiques • Fournir au patient ou au soignant qui l'accompagne un masque médical* s'il le tolère et s'il n'y a pas de contre-indication. • Le patient doit se laver les mains.
Zones administratives	Tout le personnel, y compris les travailleurs de la santé.	Tâches administratives qui n'exigent pas un contact avec les patients.	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base

*Un respirateur N95 non ajusté (ou l'équivalent) est considéré comme un substitut du masque médical.

Établissements de soins de santé – établissements et cliniques de soins ambulatoires et soins externes

Tableau 3 — Établissements de soins de santé – établissements et cliniques de soins ambulatoires et soins externes

Établissement	Personne	Activité	ÉPI recommandé (en attendant d'autres données sur Omicron)
Salle/zone de consultation ou d'examen	Travailleurs de la santé	Prestation de soins directs à des patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* ou respirateur N95 (ajusté, scellé) • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire
Salle/zone de consultation ou d'examen	Patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée	Toute activité	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir au patient ou au soignant qui l'accompagne un masque médical* s'il le tolère et s'il n'y a pas de contre-indication. • Se laver les mains.
Salle/zone de consultation ou d'examen	Préposés des services de nettoyage de l'environnement	Après et entre les consultations de patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire

Établissement	Personne	Activité	ÉPI recommandé (en attendant d'autres données sur Omicron)
Salle d'attente	Patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée	Toute activité	<ul style="list-style-type: none"> Fournir au patient ou au soignant qui l'accompagne un masque médical* s'il le tolère et s'il n'y a pas de contre-indication. Déplacer immédiatement le patient dans une chambre individuelle ou dans un endroit séparé des autres. Si cela n'est pas possible, maintenir une distance d'au moins deux mètres par rapport aux autres patients.
Zones administratives	Tout le personnel, y compris les travailleurs de la santé	Tâches administratives qui n'exigent pas un contact avec les patients	<ul style="list-style-type: none"> Pratiques de base
Zone de triage et de réception	Travailleurs de la santé	Contrôle préliminaire ne nécessitant pas un contact direct	<ul style="list-style-type: none"> S'il est possible de maintenir une distance d'au moins deux mètres ou une séparation par une barrière physique : utiliser les pratiques de base. S'il n'est pas possible de maintenir une distance d'au moins 2 m ou une séparation par une barrière physique : porter un masque médical*
Zone de triage et de réception	Patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	Toute activité	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir une distance d'au moins deux mètres ou une séparation par une barrière physique. Fournir au patient ou au soignant qui l'accompagne un masque médical* s'il le tolère et s'il n'y a pas de contre-indication.

*Un respirateur N95 non ajusté (ou l'équivalent) est considéré comme un substitut au masque médical.

Autres lieux

Tableau 4 : Autres lieux

Lieu	Personne	Activité	ÉPI recommandé (en attendant d'autres données sur Omicron)
Soins à domicile	Travailleurs de la santé	Prestation de soins directs à des clients et des patients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* ou respirateur N95 (ajusté, scellé) • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire
Soins à domicile	Travailleurs de la santé	Interventions médicales comportant un risque élevé de transmission (p. ex., IMGA) sur des patients/clients dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Respirateur N95 (ajusté, scellé) ou masque médical* • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire
Foyer de soins de longue durée/maison de retraite	Travailleurs de la santé	Prestation de soins directs à des résidents dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* ou respirateur N95 (ajusté, scellé) • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire

Lieu	Personne	Activité	ÉPI recommandé (en attendant d'autres données sur Omicron)
Foyer de soins de longue durée/maison de retraite	Travailleurs de la santé	Interventions médicales comportant un risque élevé de transmission (p. ex. IMGA, CPAP ou aspiration ouverte) sur des résidents dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* ou respirateur N95 (ajusté, scellé) • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire
Foyer de soins de longue durée/maison de retraite	Préposés des services de nettoyage de l'environnement	Entrée et nettoyage dans la chambre de résidents dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* ou respirateur N95 (ajusté, scellé) • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire
Foyer de soins de longue durée/maison de retraite	Zones administratives	Tâches administratives qui n'exigent pas un contact avec un résident dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base
Foyer de soins de longue durée/maison de retraite	Visiteurs	Entrée dans la chambre d'un résident dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée.	<ul style="list-style-type: none"> • Masque médical* • Blouse d'isolement • Gants • Protection oculaire

*Un respirateur N95 non ajusté (ou l'équivalent) est considéré comme un substitut au masque médical.

Bibliographie

1. 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 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/phm/2022/01/covid-19-respiratory-transmission-range.pdf?sc_lang=fr
2. 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 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2020/12/routes-transmission-covid-19.pdf?sc_lang=fr
3. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Variant Omicron BA.2 du SRAS-CoV-2 et sous-lignée du BA.2 : données probantes et évaluation des risques (à jour en date du 14 juin 2022) [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/voc/covid-19-omicron-risk-assessment.pdf?sc_lang=fr
4. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Variant préoccupant Omicron de la COVID-19 (B.1.1.529) : évaluation du risque, 26 janvier 2022 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/voc/2022/01/covid-19-omicron-b11529-risk-assessment-jan-26.pdf>
5. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Variant Delta de la COVID-19 : évaluation des risques et conséquences pour la pratique (mise à jour du 20 septembre 2021) [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/voc/2021/10/covid-19-delta-variant-risk-assessment-update.pdf?sc_lang=fr
6. Science M, Bolotin S, Silverman M, Nadarajah J, Maguire B, Parekh RS, et coll. SARS-CoV-2 antibodies in Ontario health care workers during and after the first wave of the pandemic: a cohort study. *CMAJ Open*. 2021;9(4):E929-39. Accessible à : <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210044>
7. UK Health Security Agency. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England: technical briefing 31 [Internet]. London : Crown Copyright; 2021 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1040076/Technical_Briefing_31.pdf
8. Arbel R, Hammerman A, Sergienko R, Friger M, Peretz A, Netzer D, et al. BNT162b2 vaccine booster and mortality due to Covid-19. *N Engl J Med*. 2021;385(26):2413-20. Accessible à : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2115624>

9. Agence de 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]. Evergreen ed. Ottawa, ON : gouvernement du Canada; 2023 [modifié le 18 septembre 2023; cité le 5 octobre 2023]. Partie 4 — Agents d'immunisation active Vaccin contre la COVID-19. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-26-vaccin-contre-covid-19.html>
10. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) and considerations during severe shortages: interim guidance [Internet]. Genève : OMS; 2020 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : [https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(COVID-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(COVID-19)-and-considerations-during-severe-shortages)
11. Health Protection Scotland. Aerosol generating procedures (AGPs) [Internet]. Version 1.6. Glasgow : Public Health Scotland; 2021 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://hpspubsrepo.blob.core.windows.net/hps-website/nss/2893/documents/1_tbp-lr-agp.pdf
12. 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 5 octobre 2023]. Accessible à : <https://www.pshsa.ca/resources/infectious-disease-threats-risk-assessment-tool-for-acute-care>
13. 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. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf>
14. 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/>
15. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). L'efficacité des vaccins contre la COVID-19 en conditions réelles : ce que nous savons jusqu'à présent [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/04/wwksf-vaccine-effectiveness.pdf?sc_lang=fr
16. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Ce que nous savons jusqu'à présent sur l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 dans le temps [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/11/wwksf-vaccine-effectiveness-over-time.pdf?sc_lang=fr
17. Santé Canada. Équipement de protection individuelle contre la COVID-19 : Aperçu [Internet]. Ottawa, ON : gouvernement du Canada; 2023 [modifié le 22 février 2023; cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/covid19-industrie/instruments-medicaux/equipement-protection-individuelle/apercu.html>

18. Shah VP, Breeher LE, Hainy CM, Swift MD. Evaluation of healthcare personnel exposures to patients with SARS-CoV-2 associated with personal protective equipment use. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2022;43(6) :770-4. Accessible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2021.219>
19. Byambasuren O, Beller E, Clark J, Collignon P, Glasziou P. The effect of eye protection on SARS-CoV-2 transmission: a systematic review. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2021;10(1):156. Accessible à : <https://doi.org/10.1186/s13756-021-01025-3>
20. Loeb M, Dafoe N, Mahony J, John M, Sarabia A, Glavin V, et coll. Surgical mask vs N95 respirator for preventing influenza among health care workers: a randomized trial. *JAMA.* 2009;302(17):1865-71. Accessible à : <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1466>
21. Radonovich LJ, Simberkoff MS, Bessesen MT, Brown AC, Cummings DA, Gaydos CA, et coll. N95 respirators vs medical masks for preventing influenza among health care personnel: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2019;322(9):824-33. Accessible à : <https://doi.org/10.1001/jama.2019.11645>
22. Loeb M, Bartholomew A, Hashmi M, Tarhuni W, Hassany M, Youngster I, et coll. Medical masks versus N95 respirators for preventing COVID-19 among health care workers : a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2022 Dec;175(12):1629-38. Erratum in: *Ann Intern Med.* 2023 Jun;176(6):884. Accessible à : <https://doi.org/10.7326/m22-1966>
23. 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 5 octobre 2023]. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/media/Documents/nCoV/Research/2022/12/synopsis-medical-masks-versus-n95.pdf>
24. 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 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-sag-rapid-evidence-report-masking-guidance-healthcare-workers.pdf>
25. Smith JD, MacDougall CC, Johnstone J, Copes RA, Schwartz B, Garber GE. 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. Accessible à : <https://doi.org/10.1503/cmaj.150835>
26. Li Y, Liang M, Gao L, Ayaz Ahmed M, Uy JP, Cheng C, et coll. Face masks to prevent transmission of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Am J Infect Control.* 2021;49(7):900-6. Accessible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.12.007>
27. Schoberer D, Osmancevic S, Reiter L, Thonhofer N, Hoedl M. Rapid review and meta-analysis of the effectiveness of personal protective equipment for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Public Health Pract.* 13 juin 2022 [publication électronique avant la version imprimée]. Accessible à : <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2022.100280>
28. Kunstler B, Newton S, Hill H, Ferguson J, Hore P, Mitchell BG, et coll. P2/N95 respirators & surgical masks to prevent SARS-CoV-2 infection: effectiveness & adverse effects. *Infect Dis Health.* 2022;27(2):81-95. Accessible à : <https://doi.org/10.1016%2Fj.idh.2022.01.001>

29. Dörr T, Haller S, Müller MF, Friedl A, Vuichard D, Kahlert CR, et coll. Risk of SARS-CoV-2 acquisition in health care workers according to cumulative patient exposure and preferred mask type. *JAMA Netw Open*. 2022;5(8):e2226816. Accessible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.26816>
30. Gohil SK, Quan KA, Madey KM, King-Adelsohn S, Tjoa T, Tifrea D, et coll. Infection prevention strategies are highly protective in COVID-19 units while main risks to healthcare professionals come from coworkers and the community. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2021;10(1):163. Accessible à : <https://doi.org/10.1186/s13756-021-01031-5>
31. Yassi A, Grant JM, Lockhart K, Barker S, Sprague S, Okpani AI, et coll. Infection control, occupational and public health measures including mRNA-based vaccination against SARS-CoV-2 infections to protect healthcare workers from variants of concern: a 14-month observational study using surveillance data. *PLOS ONE*. 2021;16(7):e0254920. Accessible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254920>
32. Schwartz KL, Muller MP, Williams V, Harry R, Booker S, Katz K, et coll. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) risk among healthcare workers performing nasopharyngeal testing. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2021;43(3):395-7. Accessible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2021.354>
33. Sims MD, Maine GN, Childers KL, Podolsky RH, Voss DR, Berkiw-Scenna N, 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):S154-62. Accessible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1684>
34. Wilson S, Mouet A, Jeanne-Leroyer C, Borgey F, Odinet-Raulin E, Humbert X, 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. Accessible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264232>
35. Rodriguez-Lopez M, Parra B, Vergara E, Rey L, Salcedo M, Arturo G, 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. Accessible à : <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06581-y>
36. Haller S, Güesewell S, Egger T, Scanferla G, Thoma R, Leal-Neto OB, et coll. Impact of respirator versus surgical masks on SARS-CoV-2 acquisition in healthcare workers: a prospective multicentre cohort. *Antimicrob Resist Infect Control*. 5 février 2022; 11(1):27 Accessible à : <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01070-6>
37. Mastan S, Malik RA, Charalambous CP, Abdulla M, Alonge J, Chelva R, 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. Accessible à : <https://doi.org/10.1007/s00590-021-03006-z>
38. Szajek K, Fleisch F, Hutter S, Risch M, Bechmann T, Luyckx VA, et coll. AMICO Study Group. Healthcare institutions' recommendation regarding the use of FFP-2 masks and SARS-CoV-2 seropositivity among healthcare workers: a multicenter longitudinal cohort study. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2022;11(1):6. Accessible à : <https://doi.org/10.1186/s13756-021-01047-x>

39. Rosser JI, Tayyar R, Giardina R, Kolonoski P, Kenski D, Shen P, 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. Accessible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.09.004>
40. Schmitz D, Vos M, Stolmeijer R, Lameijer H, Schönberger T, Gaakeer MI, 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. Accessible à : <https://doi.org/10.1097/mej.0000000000000766>
41. Li A, Slezak J, Maldonado AM, Concepcion J, Maier CV, Rieg G. SARS-CoV-2 positivity and mask utilization among health care workers. *JAMA Netw Open*. 2021;4(6):e2114325. Accessible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.14325>
42. Klompas M, Ye S, Vaidya V, Ochoa A, Baker MA, Hopcia K, et coll. Association between airborne infection isolation room utilization rates and healthcare worker COVID-19 infections in two academic hospitals. *Clin Infect Dis*. 2022;74(12) : 2230-3. Accessible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciab849>
43. Chan VW, Ng HH, Rahman L, Tang A, Tang KP, Mok A, 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. Accessible à : <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004965>
44. 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. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2014/bp-hand-hygiene.pdf?la=fr>
45. 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 de la COVID-19 dans les lieux de soins de santé [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/ipac/technical-brief-ipac-measures-transmission-risks.pdf?sc_lang=fr

Modèle proposé pour citer le document

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. Toronto, ON. 3^e édition. Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023.

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. 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 ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Historique de la publication

Date de publication : 2020

2^e édition : octobre 2022

3^e édition : novembre 2023

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités 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.