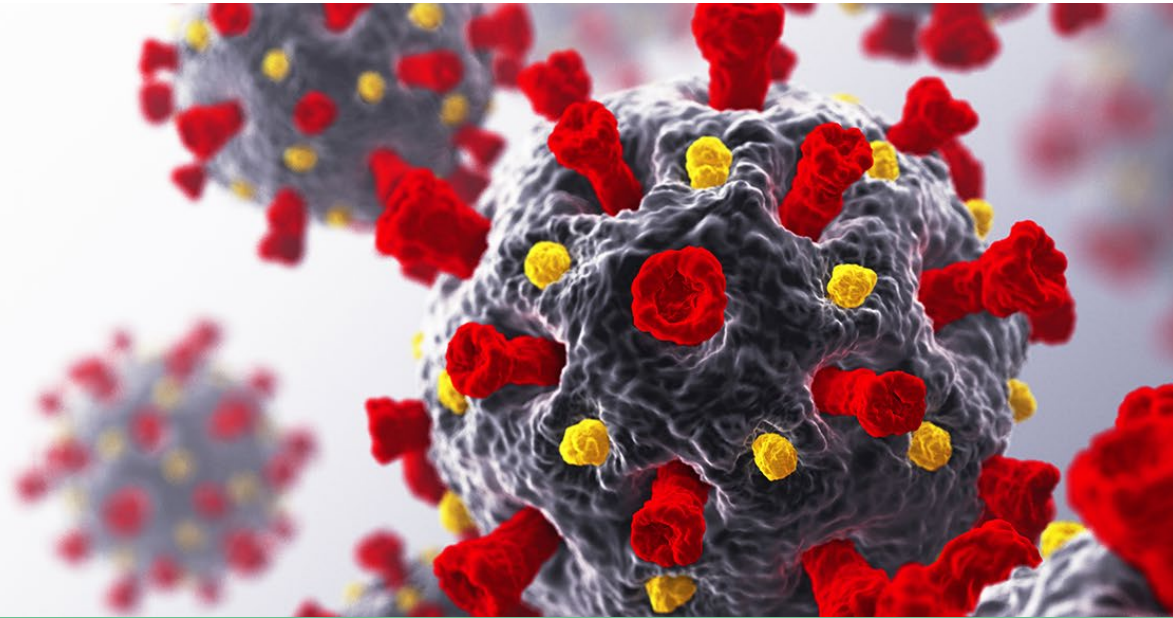


AVIS :

Ce document a été conçu par Santé Publique Ontario (SPO). SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux organisations de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé en Ontario. Le travail de SPO est guidé par les plus récentes données probantes disponibles au moment de la publication.

SPO ne conçoit ni n'approuve aucune politique ou directive de santé publique, y compris les directives émises par le médecin hygiéniste en chef en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé. Nonobstant les orientations contenues dans le présent document, les prestataires de soins de santé et les entités de soins de santé doivent veiller à respecter les directives émises et servies par le médecin hygiéniste en chef. Veuillez noter que la [Directive 5](#) reste la directive en vigueur pour la fourniture d'ÉPI à l'heure actuelle.

L'application et l'utilisation de ce document relèvent de la responsabilité de l'utilisateur. SPO n'assume aucune responsabilité résultant de cette application ou utilisation. Ce document peut être reproduit sans autorisation à des fins non commerciales uniquement et à condition que SPO soit mentionné de manière appropriée. Aucun changement et/ou modification ne peut être apportés au présent document sans l'autorisation écrite expresse de SPO.



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

1^e révision : juillet 2021

Santé publique Ontario

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

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

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

Les activités de Santé publique Ontario incluent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et la prestation de services axés sur le savoir. Pour en savoir plus, rendez-vous au www.publichealthontario.ca/fr.

Comment citer le présent document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Pratiques exemplaires pour gérer les éclosions de COVID-19 dans les établissements de soins actifs*. 1^e révision. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021.

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

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021

Historique de publication

1^e édition : mars 2021

1^e révision : juillet 2021

Image de couverture

Public Health Image Library des CDC; Eckert A, Higgins D. N^o d'identification : 23312 [Internet]. Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention; 2020 [consulté le 26 mars 2021]. Sur Internet : <https://phil.cdc.gov/Details.aspx?pid=23312>

Avis de non-responsabilité

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

Le document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, pourvu qu'il soit attribué à Santé publique Ontario. Aucun changement ou modification ne peut y être apporté sans l'autorisation écrite explicite de Santé publique Ontario.

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

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

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

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

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

Le présent document est actuel en date de juin 2021 et comprend les révisions suivantes.

Résumé des révisions majeures :

Numéro de révision	Date de mise à jour	Description des changements majeurs	Page
1	Juillet 2021	Ajout de termes au glossaire : personne partiellement vaccinée, personne vaccinée, variant préoccupant.	4
1	Juillet 2021	Clarification des situations lors desquelles le dépistage de patients et membres du personnel entièrement vaccinés devrait être envisagé.	9, 17
1	Juillet 2021	Mise à jour du dépistage immédiat de la COVID-19 chez les membres du personnel asymptomatiques, peu importe leur statut de vaccination lorsqu'une éclosion est soupçonnée.	14
1	Juillet 2021	Inclusion des soignants qui restent dans une unité avec des patients à l'enquête en cas d'éclosion.	16
1	Juillet 2021	Ajout d'une mesure essentielle : révision du taux de vaccination du personnel et promotion de la vaccination du personnel.	19
1	Juillet 2021	Ajout de l'évaluation des soignants qui restent dans une unité avec des patients et élaboration mesures essentielles de surveillance de la transmission.	20
1	Juillet 2021	Mise à jour des recommandations de dépistage des patients dans les secteurs à risque d'éclosion élevé en tenant compte du statut de vaccination des patients et de la présence ou de l'absence de symptômes.	22– 25

Numéro de révision	Date de mise à jour	Description des changements majeurs	Page
1	Juillet 2021	Mise à jour des recommandations de dépistage pour la gestion d'écllosion parmi les membres du personnel en tenant compte du statut de vaccination du personnel et de la présence ou l'absence de symptômes.	26

Auteurs et collaborateurs

Santé publique Ontario tient à remercier pour leur expertise les personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Membres du CCPMI-PCI

D^r Matthew Muller, président

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

Maria Louise Azzara

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

Natalie Bruce

Chef, prévention et contrôle des infections, L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa

D^r William Ciccotelli

Maladies infectieuses et microbiologie médicale, Hôpital Grand River, Kitchener

Zahir Hirji

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

Membres d'office

Sandra Callery

Conseillère principale, protection de la santé, science et santé publique, SPO

Melissa Helferty

Chef, Section des politiques et des programmes en matière de maladies infectieuses, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto

Experts-conseils

D^{re} Jennie Johnstone

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

D^{re} Susy Hota

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

D^r Dominik Mertz

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

Vydia Nankoosingh

Chef, prévention et contrôle des infections, Scarborough Health Network, Toronto

D^{re} Herveen Sachdeva

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

Laurie Streitenberger

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

D^r Samir Patel

Microbiologiste clinicien et directeur général adjoint, recherches de laboratoires, SPO

D^r Nikhil Rajaram

Médecin provincial, Direction de la santé et de la sécurité au travail, ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences, Toronto

D^{re} Michelle Science

Médecin, prévention et contrôle des infections, SPO

D^r Kevin Katz

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

Table des matières

Abréviations	1
Glossaire	2
Préambule	5
1. Portrait épidémiologique du SRAS-CoV-2 et de la COVID-19	6
2. Définition d’une écloison de COVID-19	7
3. Détection des écloisions	11
3.1 Surveillance des patients.....	11
3.2 Surveillance du personnel	11
4. Infection nosocomiale d’un seul patient ou membre du personnel : enquête initiale	12
4.1 Patient infecté	12
4.2 Membre du personnel infecté.....	12
5. Gestion des écloisions dans les unités de soins hospitaliers	14
5.1 Avis	14
5.2 Mesures immédiates.....	14
5.3 Réunion de l’équipe de gestion des écloisions	15
5.4 Évaluation et gestion des écloisions.....	16
5.4.1 Rapidité dans la détection des cas et la recherche des contacts	16
5.4.2 Endiguement des écloisions.....	17
5.4.3 Contrôle de la transmission dans les unités touchées par une écloison	19
5.5 Communication	20
5.5.1 Mesures essentielles	20
5.6 Suivi de la transmission	20
5.7 Annonce de la fin de l’écloison.....	21
5.7.1 Mesures essentielles	21
6. Gestion des écloisions en milieux de soins externes à risque élevé	22
6.1 Unités d’hémodialyse	22
6.2 Cliniques de perfusion et unités médicales de jour	24
6.3 Services d’urgence.....	24
7. Gestion d’une écloison chez le personnel	26
Références	27
Annexe A. Symptômes de la COVID-19	36
Annexe B. Définition de cas	37
Annexe C. Plan d’action pour une première réunion de l’équipe de gestion des écloisions	41

Liste des tableaux

Tableau 1. Cadre de classification des cas pour les patients hospitalisés..... 10
Tableau 2. Cadre de classification des cas pour le personnel 10

Abréviations

CMSST	comité mixte sur la santé et la sécurité au travail
COVID-19	maladie à coronavirus 2019
EGE	équipe de gestion des éclosions
EPI	équipement de protection individuelle
HD	hémodialyse
PCI	prévention et contrôle des infections
POE	patient faisant l'objet d'une enquête
RT-PCR	transcriptase inverse-amplification en chaîne de la polymérase
SRAS-CoV-2	coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2
SST	santé et sécurité au travail
SU	service d'urgence
VP	variant préoccupant

Glossaire

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

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

éclosion présumée (de COVID-19) : Dans un établissement de soins actifs, infection d'un patient ou d'un membre du personnel probablement attribuable à la transmission nosocomiale, ou deux ou trois infections survenues dans une zone définie sur une période de 14 jours probablement attribuables à la transmission communautaire, mais possiblement attribuables à la transmission nosocomiale.

éclosion : Hausse du nombre de cas par rapport à la normale dans un établissement de santé sur une période donnée. En Ontario, il existe aussi une définition distincte pour les éclosions nosocomiales dans les établissements de soins actifs, qui veut que deux cas de COVID-19 aient été confirmés chez les patients ou les membres du personnel d'une zone définie dans une période de 14 jours, si l'on peut présumer de façon raisonnable que les deux infections se sont produites dans l'établissement de santé.

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

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

exposition à risque élevé (à un cas de COVID-19) : Exposition à une personne infectée qui, après évaluation des facteurs de risque (durée de l'exposition, distance, port d'équipement de protection individuelle, pratique d'interventions médicales générant des aérosols, contact physique direct avec le cas ou ses sécrétions respiratoires, hygiène des mains), est réputée avoir induit une forte probabilité de contracter la COVID-19. Pour en savoir plus sur ce qui constitue une exposition à risque élevé, voir le document [Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario](#)⁴. Les patients, les fournisseurs de soins de santé et le personnel de soutien sont susceptibles d'être aussi bien la source que la cible de l'exposition.

exposition à risque faible (à un cas de COVID-19) : Exposition à une personne infectée qui, après évaluation des facteurs de risque (voir *exposition à risque élevé*), n'est pas réputée être à risque élevé, mais demeure suffisante pour avoir induit une probabilité de contracter la COVID-19. Pour en savoir plus sur ce qui constitue une exposition à risque faible, voir le document [Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario](#)⁴. Les patients, les fournisseurs de soins de santé et le personnel de soutien sont susceptibles d'être aussi bien la source que la cible de l'exposition.

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

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

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

nosocomial : Qualifie une maladie survenue en milieu hospitalier ou résultant d'un passage à l'hôpital (sans lien avec la cause de l'hospitalisation).

personnes partiellement vaccinées : Ensemble des fournisseurs de soins de santé et des patients qui ont seulement reçu la première des deux doses d'une série de vaccins, ou qui ont reçu la deuxième des deux doses d'une série de vaccins il y a moins de 14 jours, ou qui ont reçu un vaccin à dose unique il y a moins de 14 jours.⁵

personnes vaccinées : Ensemble des professionnels de la santé et patients qui sont entièrement vaccinés, c'est-à-dire qu'ils ont reçu TOUTES les doses requises d'un vaccin contre la COVID-19 approuvé par Santé Canada ou d'une combinaison de vaccins contre la COVID-19 approuvés par Santé Canada, et que 14 jours se sont écoulés depuis le dernier vaccin.⁵

personnel : Ensemble des personnes qui travaillent dans un environnement où sont prodigués des soins, notamment les fournisseurs de soins de santé¹. Voir aussi *fournisseur de soins de santé*.

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

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

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

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

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

recherche des contacts en amont : Recherche rétrospective de la source du cas faisant l'objet d'une enquête afin de repérer les contacts et les autres cas²; vise à déterminer comment un patient a été exposé. Les éléments d'intérêt sont les contacts avec un cas confirmé de COVID-19 ou une personne symptomatique et les déplacements ayant eu lieu dans les 14 jours précédents. Advenant la découverte d'une source potentielle, une recherche des contacts en aval peut être effectuée pour trouver d'autres cas. La recherche des contacts en amont pour les patients hospitalisés requiert une collaboration entre les équipes de prévention et de contrôle des infections, de santé au travail et de santé publique (pour retrouver les expositions précédant l'hospitalisation). Voir aussi *recherche des contacts en aval*.

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

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

transmission par gouttelettes : Transmission qui se produit lorsque des gouttelettes contenant des microorganismes sont projetées sur une courte distance (deux mètres ou moins) et se déposent sur les muqueuses d'une autre personne, engendrant un risque de contamination. Les gouttelettes peuvent aussi se déposer sur une surface et contribuer à la transmission par contact³.

variant préoccupant : Un variant est préoccupant si une étude comparative a démontré qu'il était associé à au moins une des caractéristiques suivantes : (i) transmission accrue ou changement défavorable de l'épidémiologie de la COVID-19; virulence accrue ou changement dans le tableau clinique de la maladie; ou diminution de l'efficacité des mesures sociales et sanitaires ou des diagnostics, vaccins et thérapeutiques disponibles; OU (ii) il été jugé un variant préoccupant par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS); OU (iii) il été jugé un variant préoccupant par le Canadian SARS-CoV-2 Variants Expert Working Group.⁶

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

Préambule

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

Les foyers de soins de longue durée de l'Ontario disposent déjà de directives sur les éclosions de virus respiratoires³³, et les établissements de soins actifs ont entrepris des initiatives en ce sens. Toutefois, les caractéristiques épidémiologiques uniques du SRAS-CoV-2 requièrent une approche différente pour reconnaître et endiguer les éclosions.

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

Ce document s'adresse au personnel des hôpitaux de soins actifs de l'Ontario qui exerce les fonctions suivantes : prévention et contrôle des infections, sécurité des patients, amélioration de la qualité, gestion des risques, et santé et sécurité au travail. Bien qu'il ait été conçu pour les établissements de soins actifs, le cadre de gestion des éclosions présenté contient des renseignements qui pourraient être utiles aux établissements de soins continus et complexes et de réadaptation ainsi qu'aux microbiologistes, aux administrateurs et aux médecins.

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

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

Dans la plupart des cas, la transmission du SRAS-CoV-2 requiert un contact étroit prolongé. De fait, le taux d'infection secondaire dans les ménages se situe entre 10 % et 50 %^{34,35}, et les données indiquent une transmission limitée lors des contacts transitoires et sur les distances de plus de deux mètres^{36,37}. Bien que la transmission se fasse principalement par gouttelettes respiratoires, les contacts directs et indirects demeurent un risque. Il y aurait aussi une possibilité de transmission opportuniste par aérosols dans les espaces fermés bondés et mal aérés^{38,39}.

La période médiane d'incubation du SRAS-CoV-2 est de 5 jours, mais les symptômes peuvent apparaître à tout moment entre 1 et 14 jours suivant l'exposition⁴⁰. Les périodes d'incubation médiane et maximale sont toutes deux considérablement plus longues que celles de la grippe et des autres virus respiratoires, ce qui signifie que certains cas ne sont détectés que plus d'une semaine après l'exposition initiale, retardant ainsi la détection des éclosions. En outre, il faut parfois attendre une à deux semaines pour savoir si les mesures employées ont suffi à contenir une éclosion. Qui plus est, la grande variabilité de la période d'incubation empêche de trancher facilement entre une transmission communautaire et une transmission nosocomiale.

Autre caractéristique épidémiologique unique, le SRAS-CoV-2 peut se transmettre dans les 48 heures précédant l'apparition de symptômes (période présymptomatique)⁴⁰. De plus, certaines personnes infectées ne présentent jamais de symptômes, mais demeurent tout de même contagieuses, quoique le risque de transmission soit alors moindre que dans les cas présymptomatiques et symptomatiques^{41,42}.

Enfin, la faible immunité de la population au virus a augmenté la probabilité d'éclosions majeures et soudaines, surtout dans les espaces fermés, et a contribué au haut taux de mortalité des éclosions lors des trois premières vagues de la pandémie. Au fur et à mesure que la proportion d'Ontariens partiellement ou entièrement vaccinés augmente, ce risque s'atténuera; une baisse marquée a déjà été constatée dans les foyers de soins de longue durée en raison de la priorisation de la vaccination des résidents et du personnel de ces établissements⁴³⁻⁴⁵. Le risque demeure toutefois élevé pour la population non vaccinée et les personnes atteintes d'une condition qui pourrait limiter l'efficacité du vaccin.

2. Définition d'une écloison de COVID-19

La COVID-19 n'est pas endémique dans les établissements de santé du Canada, et toute transmission nosocomiale requiert une enquête et des mesures de contrôle immédiates. Toutefois, la période d'incubation du virus étant longue, il est parfois difficile de déterminer avec certitude si une personne a contracté la maladie avant ou pendant son séjour à l'hôpital, surtout pour les membres du personnel et les patients externes, comme les patients dialysés, qui font des allers-retours réguliers entre l'établissement de soins et le monde extérieur.

L'Ontario définit une écloison nosocomiale de COVID-19 comme suit :

Deux cas confirmés en laboratoire de COVID-19 ou plus (patients ou membres du personnel) dans une zone définie (unité/étage/service) dans une période de 14 jours lorsque l'on peut présumer de façon raisonnable que les deux cas ont contracté leur infection à l'hôpital⁴⁶.

Le personnel doit exercer son jugement clinique pour déterminer ce qui constitue une présomption raisonnable de transmission nosocomiale. Voici les principaux facteurs à prendre en compte :

- Nombre total de cas confirmés chez les patients et le personnel
- Caractère symptomatique ou asymptomatique des cas
- Temps écoulé entre l'hospitalisation du patient et l'apparition de symptômes ou le résultat positif
- Résultats des tests précédents
- Expositions communautaires et nosocomiales connues

Si un patient présente des symptômes de la COVID-19 15 jours après son hospitalisation, l'infection est manifestement nosocomiale. Inversement, si un patient asymptomatique reçoit un résultat positif moins d'une journée après son arrivée, on parlera d'infection communautaire. C'est pour les cas détectés entre 1 et 14 jours après l'hospitalisation qu'il faut s'en remettre à son jugement et aux facteurs ci-dessus.

Les cas les plus complexes sont ceux des patients ou des membres du personnel asymptomatiques, pour qui un résultat positif peut indiquer plusieurs scénarios :

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

* L'infectivité peut être réduite chez les personnes vaccinées asymptomatiques qui reçoivent un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19^{51,52}, surtout celles qui reçoivent un résultat « faiblement positif » associé à une valeur élevée de cycle seuil.

† Il peut être bon de regarder la valeur de cycle seuil des résultats aux tests par RT-PCR, car une valeur élevée révèle une présence moindre du virus, ce qui laisse supposer un résidu d'ARN viral ou un faux positif^{4,47,48}. Au besoin, consulter un microbiologiste pour interpréter les résultats et voir s'il serait pertinent de réaliser d'autres tests.

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

- Une éclosion de COVID-19 dans un service où les infections de patients n'ont pas encore été détectées.
- Une éclosion dans un secteur où la transmission ne s'effectue qu'entre les membres du personnel (p. ex., dans la salle des employés).
- Une éclosion non circonscrite à un service où la transmission s'effectue entre les membres du personnel, dans les aires communes (p. ex., bureau utilisé par tout un groupe professionnel).
- Une éclosion au sein du personnel où la transmission s'effectue en dehors de l'établissement (p. ex., covoiturage sans masque, employés en colocation*).
- Une transmission communautaire accrue ayant causé par coïncidence l'infection de deux membres du personnel travaillant dans un même domaine clinique.

Les éclosions au sein du personnel sont fréquentes, même dans les groupes qui n'ont pas de contact avec les patients. Elles sont souvent dues à des lacunes dans la distanciation physique et le port du masque dans les environnements partagés de l'établissement et en dehors, avec une possibilité de transmission subséquente aux patients. Une éclosion peut être présumée lorsque plusieurs personnes travaillant dans un même service reçoivent un diagnostic de COVID-19, mais aussi lorsque plusieurs cas sont répertoriés dans un même groupe professionnel (pharmaciens, thérapeutes respiratoires, agents de sécurité, etc.), les employés étant susceptibles de se rassembler en dehors de leurs zones de travail respectives. Dans une telle situation, la recherche de contacts devient cruciale pour trouver les liens épidémiologiques entre les cas et déterminer l'endroit où les patients et le personnel pourraient avoir été exposés. En outre, tout employé présentant le facteur de risque isolé dans l'enquête doit subir un test (p. ex., tous les techniciens en radiologie, toutes les personnes qui partagent un bureau donné, ou tous les employés qui prennent leur pause dans la même salle).

Les données préliminaires pourraient indiquer que le personnel a contracté la maladie par transmission communautaire (p. ex., exposition par contacts communautaires connus où la direction de la transmission est claire[‡]) ou encore ne noter aucun signe de transmission nosocomiale (p. ex., aucun contact clair sans protection entre les employés, aucun cas répertorié chez les patients); la présence de deux cas dans un même domaine clinique n'est pas toujours suffisante pour déclarer une éclosion, surtout si le domaine compte beaucoup d'employés ou que la transmission communautaire est élevée. Dans une telle situation, il faut examiner attentivement les facteurs de risque associés à la transmission

nosocomiale et communautaire pour chacun des cas. Qu'une éclosion soit déclarée ou non, l'enquête devra se poursuivre avec le dépistage des patients et du personnel symptomatiques, peu importe le statut de vaccination, de l'entièreté des patients et du personnel asymptomatiques non vaccinés ou partiellement vaccinés[§] du domaine touché, la recherche des contacts de tous les employés malades pour détecter les expositions potentielles de patients et de collègues, et la mise en place de mesures pour réduire les risques de transmission. Toutefois, la recherche de cas supplémentaires sur une période de 14 jours requiert généralement la déclaration d'une éclosion.

‡ N.B. : Si un fournisseur de soins de santé et un contact communautaire ou un membre de son ménage reçoivent un résultat positif, il ne faut pas présumer que c'est le second qui a contaminé le premier; la transmission peut s'effectuer dans les deux sens, et les membres du ménage d'un fournisseur ont même un risque accru de contracter la COVID-19, vraisemblablement parce que ce dernier pourrait la leur transmettre⁴⁹. La chronologie de l'apparition des symptômes et de l'obtention des résultats positifs peut être un indice pour déterminer le sens probable de la transmission.

§ Dans la plupart des cas, le dépistage des patients et du personnel entièrement vaccinés n'est pas nécessaire. Cette mesure devrait toutefois être envisagée sérieusement si les cas index sont infectés par un variant préoccupant associé à la réduction de l'efficacité du vaccin ou si un cas index symptomatique était entièrement vacciné (p. ex. les patients qui ont subi une greffe, les patients atteints d'hémopathie maligne et les patients atteints d'immunodéficience congénitale⁵⁶⁻⁵⁹), si la transmission se poursuit malgré la mise en place de mesures de contrôle ou si d'autres caractéristiques épidémiologiques préoccupantes se manifestent. Les patients ou le personnel ayant subi une exposition directe à risque élevé devraient passer un test de dépistage, peu importe leur statut de vaccination.

Heureusement, la présence de la COVID-19 parmi les membres du personnel est à la baisse grâce à l'augmentation du nombre de personnes entièrement vaccinées. À l'heure actuelle, la majorité des cas de COVID-19 au sein du personnel a été détectée chez les personnes non vaccinées.

Le [tableau 1](#) et le tableau 2 présentent un cadre de classification pour les cas détectés chez les patients et le personnel. Il faut toujours faire preuve de discernement dans son application, comme dans l'interprétation de la définition d'une éclosion.

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

Temps écoulé entre l'hospitalisation et l'apparition de symptômes [¶]	Exposition communautaire	Exposition nosocomiale	Aucune exposition connue
Moins d'une journée, aucune hospitalisation antérieure	Transmission communautaire	s. o.	Transmission communautaire
1 à 14 jours	Transmission communautaire probable	Transmission nosocomiale probable	Transmission nosocomiale si plus de 5 jours [#] ; exercice du jugement clinique si entre 1 et 5 jours
Plus de 14 jours	Transmission nosocomiale	Transmission nosocomiale	Transmission nosocomiale
Cas asymptomatique	Transmission communautaire probable	Transmission nosocomiale probable	Transmission inconnue**

[¶] Si un patient était déjà infecté à son admission, mais avait été hospitalisé dans les 14 jours précédents, la transmission nosocomiale demeure une possibilité.

[#] La période médiane d'incubation du SRAS-CoV-2 est de 5 jours.

** Si un patient asymptomatique reçoit un résultat positif dans le cadre d'une recherche des contacts ou d'une enquête sur une éclosion, on peut présumer qu'il a été contaminé par la source à l'étude. Si le contexte est autre, il peut être difficile de déterminer la date de l'exposition, car le virus demeure parfois détectable pendant plus de 90 jours.

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

Tableau 2. Cadre de classification des cas pour le personnel

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

3. Détection des éclosions

La détection rapide est essentielle pour contrôler les éclosions de COVID-19; c'est ce qui permet d'instaurer des mesures à temps pour prévenir une exposition prolongée et généralisée des patients et du personnel de même que la propagation à d'autres services ou bâtiments. Toutes les installations doivent avoir des programmes de surveillance pour faire le suivi des cas (patients et personnel) et ainsi pouvoir reconnaître les éclosions.

3.1 Surveillance des patients

Les patients doivent être soumis à un dépistage des symptômes de la COVID-19 à l'admission, puis au moins deux fois par jour pendant leur séjour (voir l'[annexe A – Symptômes de la COVID-19](#)). Les personnes symptomatiques doivent subir un test de dépistage du SRAS-CoV-2 et être soumises aux précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes. La PCI doit être avisée de tout nouveau patient manifestant des symptômes. La reconnaissance et l'isolement des cas potentiels sont cruciaux dans la prévention et la détection des éclosions.

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

3.2 Surveillance du personnel

Tout membre du personnel qui éprouve des symptômes correspondant à ceux de la COVID-19 doit avertir la SST sur-le-champ et rester à la maison. Un employé qui a été exposé sans protection à un cas dans la communauté ou au travail doit aussi aviser immédiatement la SST. Cette dernière devra faire le suivi du personnel malade en fonction de l'espace de travail (unité de dialyse, service de soins intensifs) et du rôle (phlébotomiste, technicien en radiologie, travailleur social) de chacun. Il est fortement recommandé aux membres du personnel présentant des symptômes de la COVID-19 de subir un test de dépistage du SRAS-CoV-2 et de faire parvenir les résultats à la SST.

Si la SST recense plusieurs cas dans un même espace de travail (p. ex., service de soins intensifs) ou une même discipline (p. ex., phlébotomie), elle doit informer de l'éclosion potentielle la direction de la zone touchée, la PCI et la santé publique. De plus, des mesures immédiates doivent être prises dès la découverte du moindre cas de COVID-19 susceptible d'être associé à une transmission nosocomiale (voir la [section 5.2 – Mesures immédiates](#)). La gestion immédiate des cas et la recherche des contacts demeurent nécessaires même si l'exposition nosocomiale est écartée.

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

4.1 Patient infecté

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

1. Vérifier que le patient est au courant de la situation et que les mesures nécessaires ont été prises pour arrêter la propagation (isolement en chambre individuelle ou à la maison, selon que le patient a reçu son congé ou non, et précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes).
2. Réaliser une recherche des contacts^{††} pour identifier les patients, les membres du personnel et les visiteurs qui ont été exposés et assurer la prise en charge adéquate des patients et des employés ayant subi une exposition à risque élevé^{††}. Si un visiteur a été exposé, la santé publique doit en être informée, et le visiteur en question se voit interdire l'accès, sauf exception prévue par les politiques de l'établissement et approuvée par la PCI.
3. Établir la probabilité que le patient ait contracté l'infection dans l'établissement de santé.
4. Déterminer si le domaine clinique compte d'autres patients ou membres du personnel symptomatiques qui doivent faire l'objet d'une enquête.

^{††} Une fois avisée, la santé publique assure la recherche des contacts (examen des expositions communautaires qui ont précédé l'hospitalisation et suivi auprès des patients exposés qui ont déjà reçu leur congé)⁵⁰.

^{††} Les deux types d'exposition – à risque élevé et à risque faible – sont décrits dans le document [Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario](#)⁴.

4.2 Membre du personnel infecté

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

1. Vérifier que le membre du personnel est au courant de la situation, ne vient plus travailler et sait comment bien s'isoler à la maison et demander des soins au besoin.
2. Réaliser une recherche des contacts^{§§} pour identifier les patients et les membres du personnel qui ont subi une exposition à risque élevé ou faible et en assurer la prise en charge adéquate^{¶¶}.
3. Établir la probabilité que le membre du personnel ait contracté l'infection dans l'établissement de santé^{##}.
4. Déterminer si le domaine clinique ou le service compte d'autres membres du personnel ou patients symptomatiques qui doivent faire l'objet d'une enquête.

^{§§} Une fois avisée, la santé publique assure la recherche des contacts (examen des expositions communautaires) et le suivi auprès des patients exposés qui ont déjà reçu leur congé⁵⁰.

^{¶¶} Les deux types d'exposition – à risque élevé et à risque faible – sont décrits dans le document [*Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario*](#)⁴.

^{###} Si un employé atteint d'une maladie professionnelle, ou une personne agissant en son nom, informe son employeur de sa condition ou dépose une demande d'indemnité à cet égard auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, l'employeur doit, au plus quatre jours après avoir été mis au courant, émettre un avis écrit à l'intention du ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences, du comité mixte sur la santé et la sécurité au travail et du syndicat, s'il y a lieu⁵¹.

5. Gestion des éclosions dans les unités de soins hospitaliers

5.1 Avis

Les intervenants principaux (direction de l'hôpital et de l'unité, PCI, SST, CMSST, santé publique, équipe de microbiologie) doivent être avisés aussitôt qu'une éclosion potentielle de COVID-19 est détectée dans un établissement de santé.

5.2 Mesures immédiates

Les mesures suivantes doivent s'appliquer dès qu'une éclosion est soupçonnée :

- Placer tous les patients infectés dans des chambres individuelles ou les regrouper, et appliquer les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes.
- Sommer tout membre du personnel infecté de s'isoler à la maison.
- Évaluer tous les patients de la zone touchée. Si l'un d'entre eux présente des symptômes de la COVID-19 : appliquer les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes, essayer de lui trouver une chambre individuelle avec accès à une toilette privée (ne pas regrouper les patients symptomatiques), réaliser un test de dépistage, et aviser la PCI.
- Assurer le dépistage de tous les membres du personnel de la zone touchée. Si l'un d'entre eux présente des symptômes de la COVID-19 : le renvoyer à la maison et le sommer de s'y isoler, réaliser un test de dépistage (peu importe le statut de vaccination), et aviser la SST.
- Afin d'assurer la détection rapide des éclosions et d'accélérer la recherche des contacts, la PCI doit informer la SST de tout nouveau cas chez les patients, et la SST doit informer la PCI de tout nouveau cas chez le personnel.
- S'il y a lieu, appliquer les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes à toute l'unité en attendant la première réunion de l'équipe de gestion des éclosions (EGE), où la pertinence de la mesure pourra être revue.
- S'il n'y a pas lieu d'appliquer les précautions de manière généralisée, au minimum annuler les activités de groupe et confiner les patients à leur chambre, sauf pour les interventions et les tests médicaux essentiels.
- Suspendre les admissions et les transferts en attendant que l'EGE évalue la situation.
- Restreindre l'accès aux visiteurs et aux partenaires de soins essentiels selon la politique sur les éclosions de l'établissement.
- Commencer la recherche des contacts pour tous les cas confirmés (patients et personnel).
- Placer tous les patients exposés (p. ex., voisins de chambre d'un cas confirmé) dans des chambres individuelles et appliquer les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes. Ne pas les regrouper, sous peine de créer de nouvelles occasions de transmission présymptomatique si certains sont infectés et d'autres non.
- La SST doit évaluer tous les membres du personnel qui ont été exposés; ceux qui ont subi une exposition à risque élevé doivent s'isoler à la maison.

- Planifier une réunion de l'EGE dans les 24 heures suivant la détection de l'éclosion potentielle (voir la [section 5.3 – Réunion de l'équipe de gestion des éclosions](#)).
- Identifier les patients qui ont récemment été transférés hors de l'unité et aviser les services et les établissements d'accueil pour qu'ils prennent les précautions nécessaires (contacts et exposition aux gouttelettes). S'il y a lieu de réaliser un test de dépistage, se référer au calendrier établi par l'EGE.

5.3 Réunion de l'équipe de gestion des éclosions

La détection d'une éclosion potentielle doit être rapidement suivie d'une réunion d'une EGE comptant tous les intervenants importants. Sa composition exacte peut varier d'un établissement à l'autre, mais l'équipe doit généralement rassembler les intervenants suivants : direction des soins et de l'administration des zones touchées (y compris les soins infirmiers), PCI, SST, santé publique, équipes de microbiologie et de communication, et services environnementaux. Peuvent aussi être invités, selon les besoins, les équipes de génie et de gestion des risques, la direction des médecins des zones touchées et divers autres intervenants. Les établissements rattachés à un centre d'évaluation de la COVID-19 peuvent aussi inclure un représentant de celui-ci.

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

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

- Courbe épidémique et autres données et outils épidémiologiques pertinents (occupation des lits, connexions entre les cas révélées par la recherche des contacts, etc.).
- Nouveaux cas chez les patients et le personnel.
- Nouveaux symptômes chez les patients et le personnel.
- Nouvelles expositions de patients et de membres du personnel.
- État clinique des patients et membres du personnel atteints, y compris les décès.
- Congés et transferts de patients prévus.
- Taux de vaccination contre la COVID-19 du personnel.
- Stocks et disponibilité de l'EPI.
- Dotation en personnel de l'unité et conséquences de l'éclosion sur les soins aux patients.
- Statut des mesures adoptées lors des réunions précédentes.
- Intégration des données susmentionnées, examen des facteurs de transmission (comment, où, pourquoi) et évaluation de l'efficacité des mesures en vigueur.
- Mesures d'enquête ou de contrôle supplémentaires possibles.
- Plan de communication.

- Date anticipée de la fin de l'éclosion.

5.4 Évaluation et gestion des éclosions

En cas d'éclosion de COVID-19, le travail d'enquête et les efforts de contrôle doivent s'effectuer en parallèle. En effet, le dépistage rapide de tous les patients et de tout le personnel asymptomatiques non vaccinés et partiellement vaccinés^{##} est central aussi bien à l'enquête (mesure de l'ampleur de l'éclosion) qu'à l'endiguement (isolement approprié du personnel et des patients infectés). Les soignants qui restent dans une unité avec des patients devraient être inclus à l'enquête sur l'éclosion (p. ex. les services de pédiatrie).

^{##} Dans la plupart des cas, le dépistage des patients et du personnel entièrement vaccinés n'est pas nécessaire. Cette mesure devrait toutefois être envisagée sérieusement si les cas index sont infectés par un variant préoccupant associé à la réduction de l'efficacité du vaccin ou si un cas index symptomatique était entièrement vacciné (p. ex. les patients qui ont subi une greffe, les patients atteints d'hémopathie maligne et les patients atteints d'immunodéficience congénitale⁵⁶⁻⁵⁹), si la transmission se poursuit malgré la mise en place de mesures de contrôle ou si d'autres caractéristiques épidémiologiques préoccupantes se manifestent. Les patients ou le personnel ayant subi une exposition directe à risque élevé devraient passer un test de dépistage, peu importe leur statut de vaccination.

La gestion des éclosions vise quatre grands objectifs :

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

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

Pour endiguer une éclosion, il est crucial d'en déterminer l'ampleur rapidement. Pour ce faire, il faut procéder au dépistage de l'entièreté des patients et du personnel asymptomatiques non vaccinés^{##} de la zone touchée, après avoir appliqué les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes aux cas confirmés (voir la [section 5.2 – Mesures immédiates](#)). L'objectif est ici de déterminer la prévalence de la COVID-19 chez les patients et le personnel^{***}. Cependant, même si cette prévalence doit être mesurée le plus tôt possible, souvenons-nous que le virus a une période d'incubation de 1 à 14 jours, ce qui signifie que certains résultats négatifs pourraient être faux. Ainsi, dans la plupart des éclosions, il est avisé de réaliser un deuxième dépistage 3 à 5 jours après le premier.

La PCI et la SST doivent travailler de concert et effectuer sans tarder une recherche des contacts pour tous les cas confirmés. Bien qu'il faille considérer que la totalité des patients et des employés de l'unité a été exposée, il est important d'identifier rapidement ceux qui ont eu un contact à risque élevé (et sont

donc plus susceptibles d'avoir contracté la COVID-19), comme les voisins de chambre d'un cas confirmé et les membres du personnel qui ont été exposés sans protection appropriée. La rapidité est cruciale dans cette recherche des contacts en aval, car certaines personnes symptomatiques ou asymptomatiques pourraient déjà être contagieuses et même avoir été transférées dans d'autres unités ou établissements. Il faut aussi, dans la mesure du possible, remonter la chaîne de transmission jusqu'à l'introduction du virus dans le service (recherche des contacts en amont) pour établir la période de risque, isoler les expositions et les cas potentiels, et pallier les défaillances dans les politiques ou les pratiques qui ont pu contribuer à l'éclosion.

*** Selon la situation, il pourrait être important d'offrir des tests de dépistage ou d'encourager les visiteurs et les partenaires de soins essentiels à subir un test de dépistage.

5.4.1.1 Mesures essentielles

- Tous les patients asymptomatiques non vaccinés ou partiellement vaccinés des unités touchées doivent subir un test dans les plus brefs délais.
- Tout le personnel asymptomatique non vacciné ou partiellement vacciné des unités touchées doit subir un test dans les plus brefs délais.
- Le dépistage des patients et du personnel asymptomatiques entièrement vaccinés pourrait être nécessaire selon le type de variant préoccupant (s'il est connu), les affections sous-jacentes des patients ou du personnel et d'autres caractéristiques épidémiologiques préoccupantes comme un grand nombre de cas initiaux et l'apparition de cas chez des personnes entièrement vaccinées.
- Il est fortement recommandé de faire passer un deuxième test aux patients et au personnel 3 à 5 jours après la mesure initiale de la prévalence.
- En collaboration avec la SST, la PCI doit réaliser une recherche des contacts en aval et en amont pour tous les patients infectés, afin d'assurer la détection et la prise en charge rapide des patients et des membres du personnel exposés ainsi que de déterminer la source de l'éclosion.
- En collaboration avec la PCI, la SST doit réaliser une recherche des contacts en aval et en amont pour tout le personnel infecté, pour assurer la détection et la prise en charge rapide des patients et des membres du personnel exposés et déterminer la source de l'éclosion.

5.4.2 ENDIGUEMENT DES ÉCLOSIONS

La COVID-19 peut facilement se propager entre les services et les établissements. Afin de limiter ce phénomène, le personnel travaillant dans une unité touchée par une éclosion doit y rester et éviter de travailler dans d'autres services. En pratique, cela signifie généralement que les employés qui y passent la majorité de leur temps (infirmiers, assistants cliniques, médecins, etc.) ne doivent plus aider dans le reste de l'établissement. Le personnel qui travaille un peu partout sans jamais rester longtemps dans une même unité (techniciens en radiologie, phlébotomistes, médecins consultants, etc.) peut continuer de se déplacer entre les services. Il appartient à chaque établissement de déterminer comment traiter les employés qui se partagent entre plusieurs services, mais pourraient demeurer dans une unité touchée pour une période prolongée, par exemple un thérapeute respiratoire qui fournit un soutien important au service de soins intensifs, mais se rend parfois dans d'autres unités, ou un physiothérapeute qui n'est assigné qu'à une petite poignée d'unités, dont celle où se trouve l'éclosion.

Dans la mesure du possible, ces membres du personnel devraient être restreints à l'unité contaminée (p. ex., le thérapeute respiratoire pourrait se consacrer entièrement au service de soins intensifs, laissant ses collègues s'occuper des autres unités). Cependant, il arrive que cette façon de procéder nuise à la prestation de services essentiels; il vaut alors parfois mieux permettre aux spécialistes de continuer à travailler dans plusieurs unités. Les décisions en ce sens doivent être considérées au cas par cas par l'EGE, selon la gravité de l'éclosion et la faisabilité de restreindre les mouvements des employés.

Si un membre du personnel travaille dans plusieurs établissements et est exposé dans l'un d'eux, il doit aviser la SST de tous les autres. Dans la plupart des cas, les personnes qui travaillent dans des établissements multiples devraient éviter les unités touchées par des éclosions et vice-versa.

Des exceptions pourraient être admissibles à cette approche lors d'une augmentation de cas de COVID-19 ou du rétablissement d'une augmentation de cas en raison de ressources humaines limitées. Dans de telles situations, la réaffectation de fournisseurs de soins de santé entièrement vaccinés d'un secteur touché à un secteur non touché pourrait être nécessaire, mais il faudrait éviter les allers-retours. Cette démarche est également acceptable pour de petites éclosions ou pour des éclosions qui commencent à être contenues en collaboration avec la PCI ou la santé publique.

En cas d'éclosion, l'unité touchée ne doit plus accepter de nouveaux patients, sauf dans les rares situations où l'EGE et le bureau de santé publique jugent d'un commun accord que la suspension des admissions ferait plus de tort que de bien. Elles doivent aussi interrompre les transferts entrants, limiter les transferts sortants aux situations de nécessité médicale (p. ex., transfert aux soins intensifs d'un patient dont l'état se détériore) et restreindre les visites en fonction des politiques de l'hôpital sur les éclosions. Si un patient est transféré à une autre unité ou un autre établissement, les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes continuent de s'appliquer. Le patient doit subir un test et demeurer en quarantaine pendant 14 jours après avoir quitté l'unité touchée, peu importe le résultat du test initial. Enfin, compte tenu de la longue période d'incubation de la COVID-19, il est important de procéder au suivi des patients qui ont été transférés avant que l'éclosion soit déclarée et d'aviser les unités et les établissements qui pourraient avoir accueilli une personne infectée.

5.4.2.1 Mesures essentielles

- L'unité doit suspendre les admissions et les transferts non urgents.
- L'unité doit restreindre les visites en fonction des politiques de l'établissement sur les éclosions.
- Si une urgence médicale requiert un transfert, les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes doivent être appliquées et le patient doit demeurer en quarantaine pendant 14 jours à compter de son départ de l'unité contaminée, avec un deuxième test de dépistage à la fin de cette période.
- Si un patient a été transféré pendant la période de transmission, mais avant que l'éclosion ne soit détectée, l'unité ou l'établissement qui l'a accueilli doit être informé afin d'appliquer les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes et d'ordonner un test de dépistage. Si un patient a reçu son congé pendant la période de transmission, la santé publique doit être informée pour déterminer la marche à suivre en matière de dépistage et le besoin d'isolement à domicile.
- Le personnel d'une unité touchée par une éclosion doit s'abstenir de travailler ailleurs dans l'établissement, dans la mesure du possible.

- Le personnel d'une unité touchée qui travaille dans d'autres établissements doit aviser la SST de chacun d'entre eux qu'il a été exposé au virus.

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

Comme mentionné précédemment, il est essentiel pour endiguer une éclosion de procéder rapidement à une étude de prévalence et à la recherche des contacts, afin d'identifier les patients et les membres du personnel infectés. Puisque cela peut prendre un certain temps, il vaut mieux appliquer les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes à tous les patients au moins pendant la phase initiale, pour éviter qu'un cas non détecté ne transmette le virus à d'autres. En outre, l'unité touchée doit examiner soigneusement ses pratiques et politiques de PCI et de SST pour cerner les lacunes qui ont pu contribuer à l'éclosion. Bien que la COVID-19 se transmette surtout par contact, il importe aussi de bien nettoyer les surfaces et de désinfecter en profondeur l'équipement partagé (et de réserver certaines pièces d'équipement aux patients infectés).

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

5.4.3.1 Mesures essentielles

- Appliquer les [précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes](#) à tous les patients¹.
- Vérifier que le personnel a accès à de l'EPI en quantité suffisante.
- Revoir les politiques de PCI et de SST.
- Revoir les pratiques de PCI et de SST, en collaboration avec la direction et les formateurs de l'unité touchée ainsi que le personnel de première ligne de tous les groupes professionnels (infirmiers, personnel paramédical, services environnementaux, etc.).
- Vérifier les pratiques de l'unité touchée, notamment les pratiques de PCI et de SST.
- Réviser le taux de vaccination du personnel et promouvoir la vaccination du personnel.
- Sensibiliser le personnel aux principales mesures de PCI et de SST concernant la COVID-19.
- Sensibiliser le personnel à la surveillance et au signalement des symptômes.
- Déterminer s'il y a lieu d'assigner des responsables de la sécurité à l'unité pour [faire le suivi des mesures d'hygiène des mains](#) et des pratiques d'utilisation de l'EPI⁵².
- Accroître les ressources humaines des services environnementaux au besoin, et confirmer que le personnel applique les [mesures de nettoyage et de désinfection appropriées](#), comme le nettoyage des aires communes et des espaces réservés aux employés (salles de pause, salles à manger, vestiaires, etc.)⁵³.

5.5 Communication

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

Les éclosions de COVID-19 représentent aussi un stress pour les patients et leur famille et captent parfois l'attention des médias. Pour que tous reçoivent des communications claires, l'établissement devrait préparer un plan de médiatisation et envisager d'informer les médias des éclosions importantes de manière proactive, en plus de préparer des FAQ pour les patients et les familles.

Des affiches doivent être placées dans les unités touchées pour informer les visiteurs et le personnel en congé de la situation et des mesures à respecter.

5.5.1 MESURES ESSENTIELLES

- Faire le point sur l'éclosion et les mesures de contrôle avec le personnel de l'unité à intervalles réguliers et prévoir des communications distinctes et plus générales selon les besoins.
- Établir un plan de communication pour les patients, les visiteurs et les familles.
- Préparer un plan de médiatisation et envisager, s'il y a lieu, de publier une déclaration au sujet de l'éclosion.
- Placer des affiches dans l'unité touchée pour aviser les visiteurs et le personnel en congé de l'éclosion.

5.6 Suivi de la transmission

L'établissement doit se tenir au fait des nouvelles infections en effectuant un dépistage régulier des symptômes chez le personnel et les patients, idéalement à une fréquence biquotidienne pour ces derniers. Si celles-ci ne font pas déjà partie des stratégies de contrôle, le personnel doit appliquer les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes dès qu'un patient présente des symptômes. Les soignants qui restent dans une unité (p. ex. les services de pédiatrie) devraient subir une évaluation au moins une fois par jour. De plus, si la transmission semble se poursuivre au-delà des mesures initiale et secondaire de la prévalence, il peut être nécessaire d'ajouter d'autres séries de tests à des moments dictés par l'évolution de la situation (si les nouveaux cas sont nombreux, les tests peuvent être refaits plus rapidement).

5.7 Annonce de la fin de l'éclosion

L'EGE peut, en consultation avec la santé publique, déclarer la fin d'une éclosion de COVID-19 dès lors qu'aucun nouveau cas n'a été détecté depuis 14 jours chez les patients et le personnel, à compter de la date d'apparition des symptômes du dernier cas confirmé (ou de réalisation du test, si le cas est demeuré asymptomatique). Si le dernier cas est un patient ayant reçu son congé avant que l'infection soit détectée, la date de son départ de l'unité peut être utilisée plutôt que la date d'apparition des symptômes. S'il s'agit d'un membre du personnel dont la dernière journée travaillée est antérieure au diagnostic, la date de son dernier quart de travail peut être utilisée. Une fois l'éclosion terminée, un débriefage doit être organisé pour passer en revue l'éclosion et sa gestion et pour en analyser les causes fondamentales. Si cette analyse révèle des facteurs ayant contribué à l'éclosion, l'unité doit prendre les mesures nécessaires pour éviter que la situation se reproduise.

5.7.1 MESURES ESSENTIELLES

- L'EGE peut, en consultation avec la santé publique, déclarer la fin d'une éclosion de COVID-19 dès lors qu'aucun nouveau cas n'a été détecté depuis 14 jours chez les patients et le personnel.

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

Les milieux de soins externes ne sont pas à l'abri de la COVID-19; plusieurs éclosions ont d'ailleurs frappé des unités d'hémodialyse (HD)⁵⁴⁻⁶⁰. Les grands principes de gestion des éclosions dans les hôpitaux s'appliquent en soins externes, mais il faut tenir compte de certaines particularités concernant les populations de patients, le débit de patients et l'infrastructure. Cette section ne vise pas à faire une revue complète des éclosions en soins externes; elle indique les principaux éléments à considérer pour bien les gérer dans les milieux à risque élevé comme les unités d'hémodialyse, les cliniques de perfusion, les unités médicales de jour et les services d'urgence.

6.1 Unités d'hémodialyse

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

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

Tous ces facteurs sont à considérer au moment d'élaborer un programme de prévention de la COVID-19 dans les centres d'HD. Comme en milieu hospitalier, le dépistage des patients à l'arrivée et la surveillance continue des symptômes de la COVID-19 pendant l'HD sont essentiels pour détecter tôt les éclosions potentielles. Les patients symptomatiques doivent passer un test de dépistage, peu importe leur statut de vaccination, et les grappes de cas chez les patients ou le personnel doivent être signalées immédiatement à la direction de l'unité, de la PCI et de la SST. L'évaluation des symptômes de la COVID-

19 est parfois complexe en HD à cause des barrières cognitives et linguistiques courantes chez cette population; la participation des familles est alors cruciale. Il importe aussi de veiller à ce que le patient comprenne le but de l'évaluation et ne soit pas privé d'HD même s'il a des symptômes ou obtient un résultat positif à la COVID-19.

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

Deux cas de COVID-19 confirmés en laboratoire ou plus (patients ou membres du personnel) en HD pour une période de 14 jours lorsque l'on peut raisonnablement présumer que les deux cas ont contracté leur infection à l'unité.

La difficulté réside ici dans l'interprétation d'une présomption « raisonnable » d'infection à l'unité. Les subtilités de l'attribution des cas de COVID-19 chez le personnel à la transmission dans un établissement ou dans la communauté sont traitées à la [section 2 – Définition d'une éclosion de COVID-19](#). Les mêmes questions se posent à la fois pour le personnel et pour les patients des unités d'HD, ces derniers subissant une exposition communautaire continue. On prendra ainsi en compte des facteurs similaires à ceux présentés à la [section 2](#) pour établir la probabilité d'une éclosion, soit :

- le nombre total de cas confirmés chez les patients et le personnel;
- le caractère symptomatique ou asymptomatique des cas;
- le regroupement des cas dans le temps et l'espace à l'unité (p. ex., deux cas liés à l'utilisation d'une même station les lundi, mercredi et vendredi midis suggèrent une éclosion; un cas lié aux L-M-V soirs et un autre lié aux M-J-S midis relèvent peut-être d'une transmission communautaire sporadique);
- les résultats de tests précédents;
- les expositions connues dans la communauté ou en milieu de soins.
- les répercussions actuelles de la COVID-19 sur le secteur touché de l'unité d'HD.

En raison de l'incertitude, il faudra peut-être attendre qu'il y ait plus de deux cas avant de déclarer une éclosion en HD – ou chez le personnel. Bien qu'il s'agisse d'une approche raisonnable, le risque d'une explosion de cas en HD commande une recherche intensive de cas additionnels dès une première infection inexplicite potentiellement contractée dans le milieu de soins. Sauf exception, des mesures de contrôle doivent alors être mises en place même si aucune éclosion n'a encore été déclarée.

Quand un patient en HD reçoit un diagnostic de COVID-19, à moins d'un lien évident avec une transmission communautaire ou dans un autre établissement, il vaut mieux faire un dépistage massif des patients asymptomatiques non vaccinés ou partiellement vaccinés⁺⁺⁺ selon le même horaire et à la même station⁷¹⁻⁷³. On envisagera aussi d'étendre le dépistage à l'ensemble du quart, surtout si les taux de vaccination sont faibles au sein de l'unité d'HD. Les fournisseurs de soins de santé asymptomatiques non vaccinés du patient infecté doivent aussi passer un test. Si deux cas ont été identifiés, il est essentiel de tester tous les patients pour le quart et l'ensemble du personnel asymptomatiques non vaccinés ou partiellement vaccinés de l'unité. Si des cas additionnels⁺⁺⁺ sont trouvés sans être attribuables à un autre milieu de façon évidente, toutes les mesures de gestion doivent être mises en œuvre même si aucune

éclosion n'est déclarée. S'il y a plusieurs cas additionnels^{†††}, il faut déclarer l'éclosion et mettre en place les mesures indiquées à la [section 5 – Gestion des éclosions dans les unités de soins hospitaliers](#).

^{†††} Dans la plupart des cas, le dépistage des patients et du personnel entièrement vaccinés n'est pas nécessaire. Cette mesure devrait toutefois être envisagée sérieusement si les cas index sont infectés par un variant préoccupant associé à la réduction de l'efficacité du vaccin ou si un cas index symptomatique était entièrement vacciné, si certains patients n'ont pas développé une réponse immunitaire assez forte après avoir été vaccinés (p. ex. patients qui ont subi une greffe, patients atteints d'hémopathie maligne et patients atteints d'immunodéficience congénitale⁵⁶⁻⁵⁹), si la transmission se poursuit malgré la mise en place de mesures de contrôle ou si d'autres caractéristiques épidémiologiques préoccupantes se manifestent. Les patients ou le personnel ayant subi une exposition directe à risque élevé devraient passer un test de dépistage peu importe leur statut de vaccination.

^{†††} Quand l'incidence de la COVID-19 est élevée ou l'a été dans une communauté, le dépistage massif des patients asymptomatiques révèle parfois des cas résolus plutôt qu'actifs (voir les considérations liées avec la classification des cas asymptomatiques à la [section 2](#)).

6.2 Cliniques de perfusion et unités médicales de jour

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

La définition d'une éclosion, les difficultés et les facteurs à considérer pour conclure à une éclosion s'apparentent à ceux en unité d'HD. En présence d'un seul cas confirmé, il est judicieux d'effectuer un dépistage ciblé chez les patients et le personnel présents à l'unité les mêmes jours que le patient infecté au cours des 14 jours précédents. En présence de cas multiples, le dépistage de tout le personnel et d'un groupe élargi de patients asymptomatiques non vaccinés ou partiellement vaccinés, établi selon le risque d'exposition, est indiqué.

6.3 Services d'urgence

Les services d'urgence (SU) – des environnements complexes – accueillent un grand nombre de patients. Certains d'entre eux sont hospitalisés, mais la plupart quittent les lieux après une évaluation rapide. Les salles d'attente étant généralement bondées et le volume de patients difficilement maîtrisable, le respect de la distanciation pose problème en période de pointe. De plus, les personnes atteintes d'une forme modérée ou grave de la COVID-19 se présentent aux SU pour une évaluation, ce qui accroît le fardeau de la maladie dans ce milieu. On comprend aisément les risques de transmission entre patients. La propagation de la maladie aux SU constitue un risque pour le personnel non seulement sur place,

mais aussi dans tout l'établissement. C'est que les patients admis sont transférés dans différents services et peuvent déclencher une série d'éclotions à l'hôpital s'il y a une transmission importante aux SU. Le débit rapide de patients complique aussi la détection des éclotions à la source puisque les cas risquent fort d'obtenir leur congé ou d'être transférés avant l'apparition des symptômes, et ainsi d'être attribués à la transmission communautaire après coup.

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

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

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

Pour la plupart des éclotions présumées ou confirmées, la recherche des contacts orientera le dépistage chez les patients (traités par membre du personnel chez qui le diagnostic est confirmé). Le dépistage selon la prévalence à un moment donné n'est pas une stratégie gagnante. En effet, la majorité des patients exposés auront déjà reçu leur congé ou été transférés, et les patients sur place sont peu susceptibles d'obtenir un résultat positif. Par contre, en cas d'éclotion à grande échelle, il faut envisager le dépistage massif des patients d'abord admis aux SU pendant une période de risque prédéterminée ou sur les 14 derniers jours. Cette démarche doit s'appuyer sur une évaluation du risque. S'il y a de nombreux cas associés aux SU chez les patients, il faudra peut-être tester tous ceux qui ont fréquenté les SU et prendre les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes chez cette population. Si aucun cas n'a été observé chez les patients, mais qu'il y a eu d'importantes expositions, l'approche de dépistage et d'isolement peut être établie en fonction de la recherche des contacts, avec ou sans inclusion d'un sous-groupe d'admissions à risque élevé (p. ex., patients présents aux SU pour une longue période; patients présents dans l'aire de travail des cas positifs chez le personnel pour une longue période, patients présentant d'autres facteurs de risque accru). Si l'éclotion est de très grande envergure, en particulier s'il y a propagation à d'autres unités, un dépistage massif des patients hospitalisés pourrait s'imposer.

7. Gestion d'une éclosion chez le personnel

La plupart des éclosions de COVID-19 impliquent des infections à la fois chez les patients et le personnel d'un service, d'une unité ou d'un secteur. Celles dont tous les cas initiaux sont des membres du personnel, en particulier s'ils ne travaillent pas tous dans une même unité, laissent croire à une éclosion chez le personnel. Ces éclosions peuvent toucher les professionnels d'une seule discipline (p. ex., les thérapeutes respiratoires) et survenir en cas d'exposition liée :

- au partage d'espaces de bureau, de salles à manger et de salles de pause;
- aux activités sociales à l'hôpital;
- aux contacts en dehors de l'hôpital (covoiturage, transport collectif, activités sociales après le travail, collocation ou ménage).

Quand le nombre de cas augmente chez les employés d'un établissement, y compris dans différentes zones, une enquête doit établir si une éclosion chez le personnel est en cours. En cas d'éclosion présumée, on testera toutes les personnes asymptomatiques non vaccinées ou partiellement vaccinées présentant le même facteur de risque (p. ex., tous les thérapeutes respiratoires, tous les utilisateurs d'une salle de pause) ainsi que tout le personnel symptomatique, peu importe le statut de vaccination. La recherche des contacts et des patients ayant subi une exposition à risque élevé est essentielle pour vérifier que l'éclosion chez le personnel n'a pas mené à une éclosion chez les patients.

En plus de la recherche des contacts et de nouveaux cas symptomatiques, positifs ou exposés chez les patients ou le personnel, les interventions doivent miser sur la formation du personnel et le respect des bonnes pratiques de PCI et de SST. Citons en exemple le port du masque en tout temps dans les espaces publics ou communs, sauf quand les gens mangent ou restent à distance de leurs collègues, le signalement des symptômes de la COVID-19 à la SST et la prise de congé en cas de symptômes, même légers.

Références

1. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, 3^e édition*. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf?la=fr>.
 2. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. *Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update: 18 November 2020*. [En ligne] Stockholm : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2020 [consulté le 19 novembre 2020]. Sur Internet : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-contact-tracing-public-health-management-third-update.pdf>.
 3. Agence de la santé publique du Canada. *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*. Ottawa (Ontario) : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2016. Sur Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante-2016-FINAL-fra.pdf>.
 4. Ministère de la Santé de l'Ontario. *Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario*. [En ligne] Version. 11.0. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 12 janvier 2021; consulté le 4 février 2021]. Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts.pdf.
- Gouvernement de l'Ontario. Personnes entièrement vaccinées contre la COVID-19 : Document d'orientation provisoire sur la gestion des cas, des contacts et des éclosions [Internet]. Version 1.0. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [cité le 2 juin 2021]. Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/COVID-19_fully_vaccinated_interim_guidance.pdf
- Gouvernement du Canada. Variants du SRAS-CoV-2 : Définitions, classifications et mesures de santé publique nationales [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2021 [modifié le 14 mai 2021; cité le 17 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/tests-diagnostic-declaration-cas/variants-sars-cov-2-definitions-classifications-mesures-sante-publique-nationales.html>
5. Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique. *British Columbia (BC) COVID-19 situation report. Week 3: January 17 – January 23, 2021*. [En ligne] Vancouver (Colombie-Britannique) : Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, 2021 [consulté le 4 février 2021]. Sur Internet : http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID_sitrep/Week_3_2021_BC_COVID-19_Situation_Report.pdf.

6. Vanhems, P., M. Saadatian-Elahi, M. Chuzeville, E. Marion, L. Favrelle, D. Hilliquin et coll. « Rapid nosocomial spread of SARS-CoV-2 in a French geriatric unit ». *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2020, vol 41, n° 7 : p. 866-867. Sur Internet : <https://doi.org/10.1017/ice.2020.99>.
7. Buchtele, N., W. Rabitsch, H. A. Knaus et P. Wohlfarth. « Containment of a traceable COVID-19 outbreak among healthcare workers at a hematopoietic stem cell transplantation unit ». *Bone Marrow Transplant*, 2020, vol. 55, n° 7 : p. 1491-1492. Sur Internet : <https://doi.org/10.1038/s41409-020-0958-6>.
8. Jørstad, Ø. K., M. C. Moe, K. Eriksen, G. Petrovski et R. Bragadóttir. « Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak at the Department of Ophthalmology, Oslo University Hospital, Norway ». *Acta Ophthalmol*, 2020, vol 98, n° 3 : p. e38-e39. Sur Internet : <https://doi.org/10.1111/aos.14426>.
9. Knoll, R. L., J. Klopp, G. Bonewitz, B. Gröndahl, K. Hilbert, W. Kohnen et coll. « Containment of a Large SARS-CoV-2 Outbreak Among Healthcare Workers in a Pediatric Intensive Care Unit ». *Pediatr Infect Dis*, 2020, vol 39, n° 11 : p. e336-e339. Sur Internet : <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002866>.
10. Jung, J., M. J. Hong, E. O. Kim, J. Lee, M. N. Kim et S. H. Kim. « Investigation of a nosocomial outbreak of coronavirus disease 2019 in a paediatric ward in South Korea: successful control by early detection and extensive contact tracing with testing ». *Clin Microbiol Infect*, 2020, vol. 26, n° 11 : p. 1574-1575. Sur Internet : <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.06.021>.
11. Mungmunpuntipantip, R. et V. Wiwanitkit. « A coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in a hospital and hospital closure: A note ». *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2020, vol. 41, n° 12 : p. 1475-1476. Sur Internet : <https://doi.org/10.1017/ice.2020.194>.
12. Lessells, R., M. Y. S. Moosa et T. de Oliveira. *Report into a nosocomial outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) at Netcare St. Augustine's Hospital*. [En ligne] Durban (Afrique du Sud) : Université du Kwazulu-Natal, 2020 [consulté le 13 août 2020]. Sur Internet : https://www.krisp.org.za/manuscripts/StAugustinesHospitalOutbreakInvestigation_FinalReport_15_may2020_comp.pdf.
13. Institut canadien d'information sur la santé. *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : où se situe le Canada par rapport aux autres pays?* [En ligne] Ottawa (Ontario) : ICIS, 2020 [consulté le 23 juillet 2020]. Sur Internet : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>.
14. Stall, N. M., C. Farquharson, C. Fan-Lun, L. Wiesenfeld, C. A. Loftus, D. Kain et coll. « A Hospital Partnership with a Nursing Home Experiencing a COVID-19 Outbreak: Description of a Multiphase Emergency Response in Toronto, Canada ». *J Am Geriatr Soc*, 2020, vol. 68, n° 7 : p. 1376-1381. Sur Internet : <https://doi.org/10.1111/jgs.16625>.
15. Fisman, D. N., I. Bogoch, L. Lapointe-Shaw, J. McCreedy et A. R. Tuite. « Risk Factors Associated With Mortality Among Residents With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Long-term Care Facilities in Ontario, Canada ». *JAMA Netw Open*, 2020, vol. 3, n° 7 : e201595. Sur Internet : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15957>.

16. Escobar, D. J., M. Lanzi, P. Saberi, R. Love, D. R. Linkin, J. J. Kelly et coll. « Mitigation of a Coronavirus Disease 2019 Outbreak in a Nursing Home Through Serial Testing of Residents and Staff ». *Clin Infect Dis*, 20 juillet 2020 [Cyberpublication avant impression]. Sur Internet : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1021>.
17. Blackman, C., S. Farber, R. A. Feifer, V. Mor et E. M. White. « An Illustration of SARS-CoV-2 Dissemination Within a Skilled Nursing Facility Using Heat Maps ». *J Am Geriatr Soc*, 2020, vol. 68, n° 10: p. 2174-2178. Sur Internet : <https://doi.org/10.1111/jgs.16642>.
18. Hatfield, K. M., S. C. Reddy, K. Forsberg, L. Korhonen, K. Garner, T. Gully et coll. « Facility-Wide Testing for SARS-CoV-2 in Nursing Homes – Seven U.S. Jurisdictions, March-June 2020 ». *Morb Mortal Wkly Rep (MMWR)*, 2020, vol. 69, n° 32 : p. 1095-1099. Sur Internet : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932e5>.
19. Feaster, M. et Y.-Y. Goh. « High Proportion of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infections in 9 Long-Term Care Facilities, Pasadena, California, USA, April 2020 ». *Emerg Infect Dis*, 2020, vol. 26, n° 10 : p. 2416-2419. Sur Internet : <https://doi.org/10.3201/eid2610.202694>.
20. Bakaev, I., T. Retalic et H. Chen. « Universal Testing-Based Response to COVID-19 Outbreak by a Long-Term Care and Post-Acute Care Facility ». *J Am Geriatr Soc*, 2020, vol. 68, n° 7: p. E38-E39. Sur Internet : <https://doi.org/10.1111/jgs.16653>.
21. Patel, M. C., L. H. Chaisson, S. Borgetti, D. Burdsall, R. K. Chugh, C. R. Hoff et coll. « Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection and COVID-19 Mortality During an Outbreak Investigation in a Skilled Nursing Facility ». *Clin Infect Dis*, 2020, vol. 71, n° 11 : p. 2920-2926. Sur Internet : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa763>.
22. Dora, A. V, A. Winnett, L. P. Jatt, K. Davar, M. Watanabe, L. Sohn et coll. « Universal and Serial Laboratory Testing for SARS-CoV-2 at a Long-Term Care Skilled Nursing Facility for Veterans – Los Angeles, California, 2020 ». *Morb Mortal Wkly Rep (MMWR)*, 2020, vol. 69, n° 21 : p. 651-655. Sur Internet : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6921e1>.
23. White, E. M., C. M. Kosara, R. A. Feifer, C. Blackman, S. Gravenstein, J. Ouslander et coll. « Variation in SARS-CoV-2 Prevalence in U.S. Skilled Nursing Facilities ». *J Am Geriatr Soc*, 2020, vol. 68, n° 10 : p. 2167-2173. Sur Internet : <https://doi.org/10.1111/jgs.16752>.
24. Gorges, R. J. et T. Konetzka. « Staffing Levels and COVID-19 Cases and Outbreaks in U.S. Nursing Homes ». *J Am Geriatr Soc*, 2020, vol. 68, n° 11 : p. 2462-2466. Sur Internet : <https://doi.org/10.1111/jgs.16787>.
25. Bigelow, B. F., O. Tang, B. Barshick, M. Peters, S. D. Sisson, K. S. Peairs et coll. « Outcomes of Universal COVID-19 Testing Following Detection of Incident Cases in 11 Long-term Care Facilities. » *JAMA Intern Med*, 2021, vol. 181, n° 1 : p. 127-129. Sur Internet : <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3738>.
26. Goldberg, S. A., C. T. Pu, R. W. Thompson, E. Mark, T. D. Sequist et D. C. Grabowski. « Asymptomatic Spread of COVID-19 in 97 Patients at a Skilled Nursing Facility ». *J Am Med Dir Assoc*, 2020, vol. 21, n° 7 : p. 980-981. Sur Internet : <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.040>.

27. Graham, N. S. N, C. Junghans, R. Downes, C. Sendall, H. Lai, A. McKirdy et coll. « SARS-CoV-2 infection, clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes ». *J Infect*, 2020, vol. 81, n° 3 : p. 411-419. Sur Internet : <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.05.073>.
28. Bouza, E., M. J. Pérez-Granda, P. Escribano, R. Fernández-del-Rey, I. Pastor, Z. Moure et coll. « Outbreak of COVID-19 in a nursing home in Madrid ». *J Infect*, 2020, vol. 81, n° 4 : p. 647-679. Sur Internet : <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.06.055>.
29. Kittang, B. R., S. von Hofacker, S. P. Solheim, K. Krüger, K. K. Løland et K. Jansen. « Outbreak of COVID-19 at three nursing homes in Bergen ». *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2020, vol. 140, n° 11. Sur Internet : <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0405>.
30. Hoxha, A., C. Wyndham-Thomas, S. Klamer, D. Dubourg, M. Vermeulen, N. Hammami et coll. « Asymptomatic SARS-CoV-2 infection in Belgian long-term care facilities ». *The Lancet Infect Dis*, 3 juillet 2020 [Cyberpublication avant impression]. Sur Internet : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30560-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30560-0).
31. Tan, L. F. et S. K. Seetharaman. « COVID-19 outbreak in nursing homes in Singapore ». *J Microbiol Immunol Infect*, 2021, vol. 54, n° 1 : p. 123-124. Sur Internet : <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.04.018>.
32. Borrás-Bermejo, B., X. Martínez-Gómez, M. San Miguel, J. Esperalba, A. Antón, E. Martín et coll. « Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Nursing Homes, Barcelona, Spain, April 2020 ». *Emerg Infect Dis*, 2020, vol. 26, n° 9 : p. 2281-2283. Sur Internet : <https://doi.org/10.3201/eid2609.202603>.
33. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Lutte contre les éclosons d'infections respiratoires dans les foyers de soins de longue durée, 2018*. [En ligne] Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018 [consulté le 4 février 2021]. Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/reference/RESP_Infectn_ctrl_guide_LTC_2018_FR.pdf.
34. Madewell, Z. J., Y. Yang, I. M. Longini, M. E. Halloran et N. E. Dean. « Household Transmission of SARS-CoV-2: A Systematic Review and Meta-analysis ». *JAMA Netw Open*, 2020, vol. 3, n° 12 : e2031756. Sur Internet : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.31756>.
35. Grijalva, C. G., M. A. Rolfes, Y. Zhu, H. Q. McLean, K. E. Hanson, E. A. Belongia et coll. « Transmission of SARS-COV-2 Infections in Households – Tennessee and Wisconsin, April-September 2020 ». *Morb Mortal Wkly Rep (MMWR)*, 2020, vol. 69, n° 44 : p. 1631-1634. Sur Internet : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e1>.
36. Hu, M., H. Lin, J. Wang, C. Xu, A. J. Tatem, B. Meng et coll. « Risk of Coronavirus Disease 2019 Transmission in Train Passengers: an Epidemiological and Modeling Study ». *Clin Infect Dis*, 2021, vol. 72, n° 4 : p. 604-610. Sur Internet : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1057>.
37. Meyerowitz, E. A., A. Richterman, R. T. Gandhi et P. E. Sax. « Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors ». *Ann Intern Med*, 2021, vol. 174, n° 1 : p. 69-79. Sur Internet : <https://doi.org/10.7326/m20-5008>.

38. Organisation mondiale de la Santé. *Transmission du SARS-CoV-2 : implications pour les précautions visant à prévenir l'infection : document d'information scientifique, 9 juillet 2020*. [En ligne] Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2020 [consulté le 29 septembre 2020]. Sur Internet : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333340/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *La transmission de la COVID-19 par les gouttelettes respiratoires et les aérosols... Ce que nous savons jusqu'à présent* [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [consulté le 31 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/05/wwksf-transmission-respiratory-aerosols.pdf?la=en>
39. Gouvernement du Canada. COVID-19 : principaux modes de transmission. [En ligne] Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada, 2021 [modifié le 12 mars 2021; consulté le 17 mars 2021]. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/principaux-modes-transmission.html>.
40. Gouvernement du Canada. Signes, symptômes et gravité de la COVID-19 : guide à l'intention des cliniciens. [En ligne] Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada, 2020 [modifié le 18 septembre 2020; consulté le 29 septembre 2020]. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/signes-symptomes-gravite.html>.
41. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent sur... l'infection et la transmission asymptomatiques*. [En ligne] Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [consulté le 29 septembre 2020]. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/what-we-know-jan-30-2020.pdf?la=fr>.
42. Qiu, X., A. I. Nergiz, A. E. Maraolo, I. I. Bogoch, N. Low et M. Cevik. « The role of asymptomatic and pre-symptomatic infection in SARS-CoV-2 transmission: a living systematic review ». *medRxiv*, 20135194 [Prépublication], 23 janvier 2021 [consulté le 4 février 2021]. Sur Internet : <https://doi.org/10.1101/2020.09.01.20135194>.
43. Gouvernement de l'Ontario. *Le plan de vaccination de l'Ontario contre la COVID-19* [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 28 mai 2021; consulté le 31 mai 2021]. Sur Internet : <https://covid-19.ontario.ca/fr/le-plan-de-vaccination-de-lontario-contre-la-covid-19>
44. Brown KA, Stall NM, Vanniyasingam T, Buchan SA, Daneman N, Hillmer MP, et al. *Early impact of Ontario's COVID-19 vaccine rollout on long-term care home residents and health care workers*. Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table. 2021;2(13):1-10. Sur Internet : <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.13.1.0>
45. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Cas confirmés de COVID-19 après la vaccination dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite en Ontario : du 14 décembre 2020 au 31 mai 2021* [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [consulté le 31 mai 2021]. Sur Internet :

https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-epi-confirmed-cases-following-vaccination-ltchrh.pdf?sc_lang=fr

- Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Les répercussions de la vaccination contre la COVID-19 et du programme vaccinal en Ontario: du 14 décembre 2020 au 22 mai 2021*. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021.
46. Ministère de la Santé de l'Ontario. *COVID-19 : document d'orientation à l'intention des établissements de soins actifs*. [En ligne] Version 6 – 15 juin 2020. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [consulté le 2 mars 2021]. Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_acute_care_guidance.pdf.
- Levine-Tiefenbrun M, Yelin I, Katz R, Herzl E, Golan Z, Schreiber L, et al. *Initial report of decreased SARS-CoV-2 viral load after inoculation with the BNT162b2 vaccine*. *Nat Med*. 2021;27(3):790-2. Sur Internet : <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01316-7>
- Jones NK, Rivett L, Seaman S, Samworth RJ, Warne B, Workman C, et al. *Single-dose BNT162b2 vaccine protects against asymptomatic SARS-CoV-2 infection*. *Elife*. 2021;10:e68808. Sur Internet : <https://doi.org/10.7554/elife.68808>
47. Xiao, A. T., Y. X. Tong et S. Zhang. « Profile of RT-PCR for SARS-CoV-2: A Preliminary Study From 56 COVID-19 Patients ». *Clin Infect Dis*, 2020, vol. 71, n° 16 : p. 2249-2251. Sur Internet : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa460>.
48. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Pleins feux sur : un aperçu des valeurs de cycle seuil et de leur rôle dans l'interprétation des résultats des tests de dépistage du SARS-CoV-2 par PCR en temps réel*. [En ligne] Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [consulté le 4 février 2021]. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/main/2020/09/cycle-threshold-values-sars-cov2-pcr.pdf?la=fr>.
49. Shah, A. S. V., R. Wood, C. Gribben, D. Caldwell, J. Bishop, A. Weir et coll. « Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: nationwide linkage cohort study ». *BMJ*, 2020, vol. 371 : m3582. Sur Internet : <https://doi.org/10.1136/bmj.m3582>.
- Boyarsky BJ, Werbel WA, Avery RK, Tobian AAR, Massie AB, Segev DL, et al. *Antibody response to 2-dose SARS-CoV-2 mRNA vaccine series in solid organ transplant recipients*. *JAMA*. 2021;325(21):2204-6. Sur Internet : <https://doi.org/10.1001/jama.2021.7489>
- Monin L, Laing AG, Muñoz-Ruiz M, McKenzie DR, del Molino del Barrio I, Alaguthurai T, et al. *Safety and immunogenicity of one versus two doses of the COVID-19 vaccine BNT162b2 for patients with cancer: interim analysis of a prospective observational study*. *Lancet Oncol*. 2021;22(6):765-78. Sur Internet : [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00213-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00213-8)
- Bird S, Panopoulou A, Shea RL, Tsui M, Saso R, Sud A, et al. *Response to first vaccination against SARS-CoV-2 in patients with multiple myeloma*. *Lancet Haematol*. 2021;8(6):e389-92. Sur Internet : [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(21\)00110-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(21)00110-1)

- Agha M, Blake M, Chilleo C, Wells A, Haidar G. *Suboptimal response to COVID-19 mRNA vaccines in hematologic malignancies patients*. medRxiv 21254949 [Prépublication]. 2021 Apr 07 [consulté le 31 mai 2021]. Sur Internet : <https://doi.org/10.1101/2021.04.06.21254949>
50. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7. Sur Internet : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07>.
51. *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, chap. O.1. Sur Internet : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90o01>.
52. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4^e édition*. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2014/bp-hand-hygiene.pdf?la=fr>.
53. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3^e édition*. [En ligne] Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018 [consulté le 4 février 2021]. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2018/bp-environmental-cleaning.pdf?la=fr>.
54. Yau, K., M. P. Muller, M. Lin, N. Siddiqui, S. Neskovic, G. Shokar et coll. « COVID-19 Outbreak in an Urban Hemodialysis Unit ». *Am J Kidney Dis*, 2020, vol. 76, n° 5 : p. 690-695.e1. Sur Internet : <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.07.001>.
55. Bigelow, B. F., O. Tang, G. R. Toci, N. Stracker, F. Sheikh, K. M. J. Slifka et coll. « Transmission of SARS-CoV-2 Involving Residents Receiving Dialysis in a Nursing Home – Maryland, April 2020 ». *Morb Mortal Wkly Rep (MMWR)*, 2020, vol. 69, n° 32 : p. 1089-1094. Sur Internet : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932e4>.
56. Corbett, R. W., S. Blakey, D. Nitsch, M. Loucaidou, A. McLean, N. Duncan et coll. « Epidemiology of COVID-19 in an Urban Dialysis Center ». *J Am Soc Nephrol*, 2020, vol. 31, n° 8 : p. 1815-1823. Sur Internet : <https://doi.org/10.1681/ASN.2020040534>.
57. La Milla, V., G. Bacchini, M. C. Bigi, D. Casartelli, A. Cavalli, M. Corti et coll. « COVID-19 Outbreak in a Large Hemodialysis Center in Lombardy, Italy ». *Kidney Int Rep*, 2020, vol. 5, n° 7 : p. 1095-1099. Sur Internet : <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.05.019>.
58. Mazzoleni, L., C. Ghafari, F. Mestrez, R. Sava, E. Bivoleanu, P. Delmotte et coll. « COVID-19 Outbreak in a Hemodialysis Center: A Retrospective Monocentric Case Series ». *Journal canadien de la santé et de la maladie rénale*, 2020, vol. 7 : p. 1-8. Sur Internet : <https://doi.org/10.1177/2054358120944298>.
59. Schwierzeck, V., J. C. König, J. Kühn, A. Mellmann, C. L. Correa-Martínez, H. Omran et coll. « First Reported Nosocomial Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in a Pediatric Dialysis Unit ». *Clin Infect Dis*, 2021, vol. 72, n° 2 : p. 265-270. Sur Internet : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa491>.

60. Cho, J. H., S. H. Kang, H. C. Park, D. K. Kim, S. H. Lee, J. Y. Do et coll. « Hemodialysis with Cohort Isolation to Prevent Secondary Transmission during a COVID-19 Outbreak in Korea ». *J Am Soc Nephrol*, 2020, vol. 31, n° 7 : p. 1398-1408. Sur Internet : <https://doi.org/10.1681/ASN.2020040461>.
- Lacson Jr E, Argyropoulos CP, Manley HJ, Aweh G, Chin AI, Salman LH, et al. *Immunogenicity of SARS-CoV-2 vaccine in dialysis*. medRxiv 21254779 [Prépublication]. 13 avril 2021 [consulté le 14 avril 2021]. Sur Internet : <https://doi.org/10.1101/2021.04.08.21254779>
- Strengert M, Becker M, Morilla Ramos G, Dulovic A, Gruber J, Juengling J, et al. *Cellular and humoral immunogenicity of a SARS-CoV-2 mRNA vaccine in patients on hemodialysis*. medRxiv 21257860 [Prépublication]. 29 mai 2021 [consulté le 31 mai 2021]. Sur Internet : <https://doi.org/10.1101/2021.05.26.21257860>
61. Ontario. Freinez la propagation de la COVID-19. [En ligne] Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [modifié le 8 février 2021; consulté le 8 février 2021]. Sur Internet : <https://www.ontario.ca/fr/page/freinez-la-propagation-de-la-covid-19#section-0>.
62. Ministère de la Santé de l'Ontario. *Définition de cas – Maladie à coronavirus (COVID-19)*. [En ligne] Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 18 février 2021; consulté le 17 mars 2021]. Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_case_definition.pdf.
63. Ministère de la Santé de l'Ontario. *COVID-19 – Document de référence sur les symptômes*. [En ligne] Version 7.0. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [modifié le 21 septembre 2020; consulté le 8 décembre 2020]. Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_reference_document_symptoms.pdf.
64. Ministère de la Santé de l'Ontario. *Mise à jour sur le document d'orientation sur la COVID-19 : tests de dépistage provinciaux*. [En ligne] Version. 11.0. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 5 mars 2021; consulté le 17 mars 2021] Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_guidance.pdf.
65. Gouvernement du Canada. Visualisations interactives de données de COVID-19. [En ligne] Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada, 2020 [modifié le 15 septembre 2020; consulté le 8 décembre 2020]. Sur Internet : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/international>.
66. Organisation mondiale de la Santé. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update. [En ligne] Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2020 [consulté le 8 décembre 2020]. Sur Internet : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
67. Agence de la santé publique du Canada. Maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) : mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie. [En ligne]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada, 2020 [modifié le 8 juillet 2021; consulté le 9 juillet 2021]. Sur Internet : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>.

68. Gouvernement de l'Ontario. Cadre d'intervention pour la COVID-19 : garder l'Ontario en sécurité et ouvert. [En ligne] Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [consulté le 9 juillet 2021]. Sur Internet : <https://www.ontario.ca/fr/page/cadre-dintervention-pour-la-covid-19-garder-lontario-en-securite-et-ouvert>.

Annexe A. Symptômes de la COVID-19

Voici les principaux symptômes de la COVID-19⁶¹ :

- Fièvre (sensation de chaleur au toucher, température de 37,8 °C ou plus)
- Frissons
- Toux nouvelle ou aggravée (continue, plus importante que d'habitude)
- Toux aboyante ou respiration sifflante
- Essoufflement (souffle court, incapacité à respirer profondément)
- Mal de gorge
- Difficulté à avaler
- Écoulement nasal ou congestion (sans lien avec les allergies saisonnières ou d'autres causes ou problèmes de santé connus)
- Perte du goût ou de l'odorat
- Conjonctivite
- Mal de tête inhabituel ou prolongé
- Problèmes digestifs (nausée, vomissements, diarrhée, douleurs à l'estomac)
- Douleurs musculaires
- Fatigue extrême et inhabituelle (épuisement, manque d'énergie)
- Chutes fréquentes
- Léthargie ou manque d'appétit (chez les jeunes enfants et les nourrissons)

Source : Gouvernement de l'Ontario. [Freinez la propagation de la COVID-19](#)⁶¹.

Annexe B. Définition de cas

Les définitions suivantes servent aux fins de surveillance et sont à jour au 18 février 2021. Elles ne visent pas à remplacer le jugement d'un clinicien ou d'un praticien en santé publique dans l'évaluation et la prise en charge d'un patient⁶².

Cas probable

Une personne qui :

- présente des symptômes compatibles avec la COVID-19[#];

ET

- qui a voyagé dans une région touchée (y compris au Canada^{**}) dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes; OU
- qui a subi une exposition à risque élevé (c.-à-d. un contact étroit^{††}) à un cas confirmé de COVID-19; OU
- qui a été exposée à une grappe de cas ou à une éclosion connue;

ET

- pour qui un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) en laboratoire (p. ex., réaction en chaîne par polymérase [PCR] en temps réel ou séquençage des acides nucléiques) pour le SARS-CoV-2 n'a pas été effectué;

OU

- chez qui on a détecté des anticorps au SARS-CoV-2 lors d'un test sérologique validé effectué en laboratoire à partir d'un seul échantillon de sérum, de plasma ou de sang entier prélevé dans les quatre semaines suivant l'apparition des symptômes^{##};

OU

- présente des symptômes compatibles avec la COVID-19[#];

ET

- pour qui un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) en laboratoire (p. ex., réaction en chaîne par polymérase [PCR] en temps réel ou séquençage des acides nucléiques) pour le SARS-CoV-2 n'a pas été décisif^{##,***};

OU

- ne présente pas de symptômes;

ET

- a eu une exposition à risque élevé (contact étroit) avec un cas confirmé de COVID-19^{††};

OU

- a été exposée à une grappe ou une éclosion connue;

ET

- pour qui un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) en laboratoire (p. ex., réaction en chaîne par polymérase [PCR] en temps réel ou séquençage des acides nucléiques) pour le SARS-CoV-2 n'a pas été décisif^{###,***};

OU

- passe un test validé de détection des antigènes pour le SARS-CoV-2 dans un point de service approuvé par Santé Canada et obtient un résultat préliminaire positif^{†††}.

Cas confirmé

Une personne dont l'infection au SRAS-CoV-2 a été confirmée par :

1. la détection d'au moins une cible génomique spécifique lors d'un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) (p. ex., réaction en chaîne de la polymérase [PCR] en temps réel ou séquençage des acides nucléiques) validé effectué par un laboratoire communautaire, hospitalier ou de référence (p. ex., un laboratoire de Santé publique Ontario ou le Laboratoire national de microbiologie) ^{†††, §§§, #};

OU

2. un TAAN au point de service validé qui a été jugé acceptable par le ministère de la Santé de l'Ontario pour fournir le résultat final (c.-à-d. ne nécessitant aucun test de confirmation) ^{†††};

OU

3. une séroconversion dans un intervalle de quatre semaines étayée par la présence d'anticorps au virus dans le sérum ou le plasma lors d'un test sérologique en laboratoire validé pour le SARS-CoV-2^{§§}.

Cas confirmé de réinfection

Une personne atteinte d'une première infection au SRAS-CoV-2 confirmée en laboratoire puis d'une seconde, après un certain temps ou un test de dépistage négatif^{¶¶¶} entre les deux infections et que des preuves ont démontré qu'elles ont été causées par de différentes lignées, lorsque :

1. le séquençage du génome indique que les deux infections i) n'appartiennent pas aux mêmes clades ou lignées génétiques OU ii) présentent suffisamment de variations d'un seul nucléotide pour qu'on puisse établir une corrélation avec l'existence de lignées virales différentes;

OU

2. la première infection est survenue avant le 1^{er} novembre 2020, quand les variants préoccupants étaient rares en Ontario ET il est confirmé que le deuxième épisode d'infection est un cas de variant préoccupant ou une mutation associée à un variant préoccupant;

OU

3. des tests ont été effectués sur les deux spécimens pour déterminer que l'un d'entre eux est de type sauvage et que l'autre est un variant préoccupant ou une mutation associée à un variant préoccupant^{###, ***};

OU

4. des tests effectués sur la PCI du variant préoccupant lors des deux infections indiquent de différentes combinaisons de mutation dans chacun des spécimens (p. ex. N501Y-positif/E484K-négatif dans l'un et N501Y-positif/E484K-positif dans l'autre, etc.)^{###, ***}.

Des renseignements sur les [symptômes compatibles avec la COVID-19](#)⁶³ et les [directives provinciales en matière de dépistage](#)⁶⁴ se trouvent sur le site Web du ministère de la Santé.

** Les [régions touchées](#)⁶⁵ sont mises à jour régulièrement dans les [rapports de situation de l'Organisation mondiale de la Santé](#)⁶⁶ (en anglais). L'évolution quotidienne de la situation épidémiologique au Canada est disponible auprès de l'[Agence de la santé publique du Canada](#)⁶⁷. Pour les régions touchées en Ontario, veuillez vous référer au [Cadre d'intervention pour la COVID-19 : garder l'Ontario en sécurité et ouvert](#)⁶⁸.

++ Par **contact étroit**, on entend une personne qui subit une exposition à risque élevé à un cas confirmé ou probable dans un ménage, la communauté ou un milieu de soins durant la période de transmissibilité (voir le [document d'orientation du Ministère sur la gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19](#)⁴).

Tout cas classé comme probable comme suite à une exposition à risque élevé (un contact étroit) ou à une exposition à une grappe ou une éclosion connue qui reçoit un résultat négatif ou non confirmé du SRAS-CoV-2 ne devrait plus être classé comme probable. Des exceptions peuvent être faites pour le résultat négatif d'un échantillon contaminé ou si un TAAN est retardé (plus de 10 jours après l'apparition des symptômes); ces cas demeureront donc probables.

§§ Seuls les résultats d'un laboratoire de l'Ontario détenant un permis pour effectuer des tests sérologiques ET où les tests sont effectués à des fins cliniques sont communiqués au médecin hygiéniste et utilisés pour la classification des cas.

¶¶ Le test d'anticorps à la COVID-19 ne doit pas être utilisé comme outil de dépistage ou de diagnostic en phase aiguë ni servir à déterminer l'état immunitaire, le statut de vaccination ou l'inféctivité d'un patient. L'interprétation des résultats tiendra compte des antécédents cliniques et d'exposition. Les tests sérologiques ne doivent pas être utilisés chez les patients ayant déjà reçu un diagnostic d'infection au SARS-CoV-2 ou vaccinés contre la COVID-19.

Un résultat non décisif s'entend d'un résultat indéterminé au test de PCR en temps réel pour au moins une cible quand cette dernière n'est pas détectée ou demeure indéterminée lors d'un autre test ou qu'il n'y a pas de confirmation du séquençage, ou d'un résultat positif obtenu à la suite d'un test dont l'efficacité fait l'objet de peu de données.

*** Un résultat indéterminé au test de PCR en temps réel s'entend d'un signal tardif d'amplification dans une plage prédéterminée de valeurs de cycle seuil élevées (nota : les plages de valeurs de cycle seuil indéterminées varient selon le test, et tous les tests n'en ont pas nécessairement une). Ce résultat peut s'expliquer par une faible quantité de cibles virales dans l'échantillon clinique qui avoisine la limite de détection ou, dans de rares cas, par une réactivité non spécifique (faux signal). Il est alors recommandé de refaire les tests pertinents sur le plan clinique.

+++ Tous les résultats positifs (préliminaires et finaux) des tests effectués aux points de service doivent être communiqués à la santé publique. Des prélèvements parallèles/répétés aux fins de confirmation par des tests standard en laboratoire sont obligatoires pour tous les tests préliminaires aux points de service jusqu'à

ce que l'efficacité de ces derniers soit mieux connue. Le statut final du cas (confirmé ou non conforme à la définition de cas) est déterminé par la confirmation en laboratoire. Si aucun prélèvement parallèle/répété n'est effectué, le cas est considéré comme probable. Dans des circonstances précises (voir le [document d'orientation sur les tests de dépistage provinciaux](#)⁶⁴), les résultats finaux peuvent provenir de tests approuvés par le ministère de la Santé qui ont été évalués, et ne nécessitent aucun test supplémentaire de confirmation. Des tests supplémentaires peuvent être recommandés pour orienter la gestion des cas et la santé publique.

- +++ Les tests en laboratoire évoluent pour ce nouveau pathogène, et les recommandations en la matière feront de même à mesure que de nouveaux tests sont mis au point et validés.
- +++ Certains laboratoires hospitaliers et communautaires font le dépistage de la COVID-19 à l'interne et signalent les résultats finaux positifs, ce qui suffit pour confirmer les cas. D'autres signalent les résultats positifs préliminaires durant les premières phases de mise en œuvre et demandent des tests de confirmation TAAN validés pour le SARS-CoV-2 d'un autre laboratoire communautaire, hospitalier ou de référence (p. ex. un laboratoire de Santé publique Ontario ou le Laboratoire national de microbiologie) détenant un permis.
- ¶¶¶ Pour obtenir des définitions sur les congés, veuillez consulter [COVID-19 - Aide-mémoire des conseils de la Santé publique concernant les tests et les congés](#).
- ### Si aucune contamination n'est soupçonnée dans le spécimen d'infection primaire ou secondaire (c.-à-d. que le dépistage de PCR du variant préoccupant n'a pas révélé deux sous-populations de virus).
- **** Lorsqu'un test de PCR en temps réel sur les mutations de variant préoccupant détecte la présence d'une mutation associée à un variant préoccupant pour l'une des infections et non l'autre, les deux spécimens DOIVENT faire l'objet d'un dépistage des mêmes mutations pour faire en sorte que le statut de mutation n'a pas changé d'une infection à l'autre.

Source : Ministère de la Santé de l'Ontario. [Définition de cas – Maladie à coronavirus \(COVID-19\)](#)⁶².

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

L'équipe de gestion des éclosions (EGE) établit une définition de cas pour l'éclosion (voir l'[annexe B – Définition de cas](#)).

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

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

Les représentants des zones touchées :

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

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

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

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

L'EGE se penche sur les mesures de contrôle actuelles et voit aux ajustements nécessaires, s'il y a lieu. (Les éléments listés ici font l'objet de discussions s'ils s'appliquent au contexte.)

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

Santé publique Ontario

480, avenue University, bureau 300

Toronto (Ontario)

M5G 1V2

647 260-7100

pidac@oahpp.ca

www.publichealthontario.ca

