

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

7 juillet 2023 – version 7.0 Modifications apportées en jaune

Sommaire

Préambule	2
Principales modifications	3
Méthodologie	3
Contexte des récentes modifications	3
Définitions	5
1 Travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact	6
2 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)	7
3 Travailleur de la santé confirmé de COVID-19 (si résultat faible positif, consulter le tableau 4)	8
4 Travailleur de la santé ayant obtenu un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral » (faible positif) suite à un épisode antérieur de COVID-19	9
5 Autosurveillance des symptômes	10
6 Auto-isolement au travail	10
7 Accès compromis aux services et retour précoce de travailleurs de la santé	11
8 Prise en charge des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19	13
Algorithme 1 – Gestion des travailleurs de la santé post vaccination contre la COVID-19	14

La mise à jour des recommandations contenues dans ce document est basée sur la littérature scientifique disponible concernant le variant Omicron (et ses sous-lignées) et peut changer selon l'évolution des connaissances.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et son Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pilotent le Programme de surveillance des variants de la COVID-19 au Québec. Consultez le site Web de l'INSPQ pour connaître les données les plus récentes sur les [variants du SRAS-CoV-2 en circulation au Québec](#).

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux [autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec \(INSPQ\)](#).

Préambule

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en considération dans les différents milieux de soins du Québec, lors d'une exposition d'un travailleur de la santé (TdeS) à un cas confirmé de COVID-19 survenu en milieu de soins ou en communauté ainsi que pour la gestion d'un TdeS qui est un cas confirmé.

Les milieux de soins visés par ce document sont :

- ▶ Milieux de soins de courte durée (unités de soins et urgence) **et ambulatoires (cliniques médicales, groupes de médecin de famille et cliniques externes des milieux hospitaliers);**
- ▶ Installations de santé mentale, unités de soins en santé mentale en milieu hospitalier et urgences psychiatriques;
- ▶ Installations de réadaptation en déficience physique;
- ▶ Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
 - ▶ Autres milieux ou unités de soins qui s'apparentent à des soins de longue durée (ex. : unité de soins en résidences privées pour aînés (RPA) ou autres milieux similaires qui s'apparentent à des soins de longue durée).

Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la prise de décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, dépistage, retrait du travail et retour au travail).

Le but de ce document n'est pas d'émettre des recommandations sur le port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) par le TdeS lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés et des TdeS confirmés.

Pour les indications de dépistages et d'isolement des usagers ou les dépistages requis chez les TdeS dans le but de déterminer s'il y a eu transmission dans le milieu de soins, se référer aux documents suivants :

- ▶ **Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale;**
- ▶ **Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions pour tous les milieux de soins.**

Dans une démarche de gestion des risques, un TdeS exposé doit respecter certaines mesures telles que l'autosurveillance des symptômes, **le port du masque** ou l'auto-isolement, et se soumettre à des tests **lorsqu'il développe des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou que le milieu de soins est en situation d'éclosion**. De même, en considérant l'impact du manque de travailleurs pouvant compromettre l'accès aux services, des TdeS qui sont des cas de COVID-19 pourraient être appelés à retourner au travail plus rapidement. Les **facteurs à considérer pour un retour précoce au travail** sont présentés à la **section 7** du présent document. À noter qu'il appartient aux autorités ministérielles et aux dirigeants d'établissements de définir la notion d'accès compromis aux services afin d'en harmoniser l'application, d'évaluer les risques et de les gérer en collaboration avec le service de PCI.

Principales modifications

- ▶ **Mise à jour des recommandations pour le travailleur de la santé (TdeS) asymptomatique qui est un contact et ajout des informations concernant les contacts élargis.**
- ▶ **Prise en compte de l'historique d'infection dans la gestion des TdeS.**

- ▶ Diminution de la durée de retrait du travail d'un TdeS confirmé de COVID-19 : retrait du travail pour 6 jours sans test de contrôle ou 4 jours avec un TDAR négatif après le début des symptômes (ou date du test positif si asymptomatique).
- ▶ Ajustement à 60 jours du délai écoulé depuis l'épisode antérieur de COVID-19 lorsqu'un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral » (faible positif) est obtenu et ce, pour considérer une nouvelle infection et instaurer des mesures de prévention et contrôle des infections.

Méthodologie

Les recommandations présentées dans ce document sont établies d'abord en fonction de la littérature scientifique publiée. Une attention particulière est accordée à la qualité de celle-ci, notamment en fonction de la présence d'une révision par les pairs avant publication. L'accès à cette littérature s'est fait, entre autres, via la veille scientifique produite par l'INSPQ depuis le début de la pandémie, ainsi que par des recherches documentaires plus ciblées. [La littérature scientifique servant de base aux présentes recommandations se retrouve dans le document SRAS-CoV-2 : Assises scientifiques soutenant les recommandations sur les mesures de prévention et contrôle des infections.](#)

La révision régulière des recommandations publiées par les instances nationales et internationales (voir tableau A) permet de suivre l'évolution des recommandations pour les mesures de PCI dans les milieux de soins en dehors du Québec. Cette comparaison permet de maintenir les mesures en concordance avec les orientations nationales et internationales.

Enfin, les mesures qui ne sont pas appuyées par la littérature scientifique ou dont l'application est divergente ou non précisée dans les recommandations des instances nationales et internationales ont été discutées avec les membres du CINQ afin d'établir un consensus d'experts sur la question. Plus globalement, cette démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et ce, tout en assurant la sécurité des usagers et des TdeS.

Les recommandations sont révisées en fonction de l'évolution de l'épidémiologie, de la littérature scientifique et des recommandations des instances nationales et internationales.

Contexte des récentes modifications

L'évolution de la pandémie et la [situation épidémiologique actuelle de la COVID-19 au Québec](#) permettent certains assouplissements au niveau des recommandations pour les TdeS.

Le statut actuel de l'immunité contre le SRAS-CoV-2 au Québec (en fonction du [taux de vaccination](#) et du [nombre d'infections antérieures](#) chez les usagers et les TdeS) permet de considérer une grande proportion de la population comme étant moins vulnérable aux décès, aux complications ou à la survenue d'un tableau clinique sévère. Une diminution importante de la [gravité de la maladie](#) a d'ailleurs été observée au Québec.

Depuis l'arrivée du variant Omicron, la période d'incubation moyenne a diminué par rapport aux variants précédents et se situe autour de 3 à 4 jours (INSPQ, 2023). Il en va de même de la durée moyenne de contagiosité des personnes infectées, qui a été estimée à 5,2 jours selon une méta-analyse portant sur Omicron (Wu *et al.*, 2022; INSPQ, 2023). Une étude québécoise réalisée chez des TdeS en bonne santé ayant fait une infection légère à modérée a démontré que la période de contagiosité, évaluée en culture virale, est moindre lors d'une réinfection par rapport à une primo-infection (Dzieciolowska *et al.*, 2023). Il est attendu qu'une proportion importante des TdeS ait des antécédents de COVID-19, puisque selon les données de [séroprévalence au Canada](#), autour de 79% de la population québécoise avait acquis des anticorps contre l'infection à la mi-mars 2023 (GTIC, 2023). Par conséquent, la réduction du nombre de jours de retrait du travail pour les TdeS qui sont des cas de réinfection par le SRAS-CoV-2 a été généralisée à l'ensemble des TdeS afin de simplifier l'application des recommandations. Des mesures complémentaires, telles que l'utilisation de TDAR et le port du masque, diminuent le risque résiduel de transmission.

Étant donné 1) que la majorité de la population a été vaccinée et a des antécédents d'infection; 2) qu'il est maintenant reconnu que les vaccins contre le SRAS-CoV-2 utilisés au Québec protègent surtout contre les infections sévères et les décès; et 3) que les réinfections sont plus fréquentes, le statut vaccinal et les antécédents d'infection ne sont plus considérés lors de la gestion des cas ou des contacts de COVID-19, sauf lorsque l'infection antérieure est récente (≤ 60 jours).

Constats issus de la littérature grise

Parmi les 10 instances consultées en date du 5 mai 2023 (Tableau A), on remarque une tendance vers une diminution (soit 7 jours et moins) de la durée de retrait des TdeS qui sont des cas de COVID-19 chez la majorité des instances. Cinq instances ont émis une mise à jour de leurs recommandations depuis le début de 2023 (ECDC, RU, Swissnoso, AHS, MSO).

Tableau A - Instances consultées

AHS	Alberta Health Services
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
AU	Australian government department of health
BCCDC	British Columbia Center for disease control
CDC	Centers for disease control and prevention
ECDC	European centre for disease prevention and control
MSO	Ministère de la Santé - Ontario
OMS	Organisation mondiale de la santé
RU	UK Health security Agency (Royaume-Uni)
Swissnoso	Centre national de prévention des infections (Suisse)

Concernant les cas, la majorité des instances recommandent leur retrait¹, qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques (sauf la Suisse pour les asymptomatiques). Un ou deux tests de contrôle sont parfois recommandés si le retour se fait avant la dixième journée de l'infection (CDC et ECDC). La durée de retrait des cas varie entre 5 jours (ECDC, BCCDC, AHS), 7 jours (CDC et AU) et 10 jours (MSO). Une amélioration clinique et absence de fièvre est exigée avant le retour au travail par toutes les instances. Deux instances n'indiquent plus de durée de retrait mais celui-ci est modulé selon les symptômes du TdeS (Swissnoso et RU). Des mesures de mitigation sont tout de même recommandées par la majorité des instances (sauf pour AU) lorsque la durée du retrait est inférieure à 10 jours (ex. : port du masque).

En ce qui a trait aux contacts, le retrait du TdeS n'est plus recommandé, et ce, même en présence d'une exposition à risque élevé, peu importe l'immunité et le statut vaccinal ou immunitaire. Certaines instances continuent de recommander des dépistages après l'exposition (CDC, AU et MSO). La séquence varie selon le statut vaccinal ou le risque de l'exposition. La plupart des instances recommandent des mesures de mitigation telles que le port du masque (CDC, AU, BCCDC, MSO).

Définitions

Pour les définitions utilisées dans ce document, se référer au document [Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins](#).

¹ Toutefois, l'ASPC (2022) n'émet pas de recommandations spécifiques, mais réfère plutôt aux modalités établies par les provinces et territoires. De plus, l'OMS n'a pas émis de recommandations récentes concernant la gestion des TdeS.

1 Travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact

	Type d'exposition au cas de COVID-19	Mesures recommandées			
		Retrait du travail	Dépistage	Autosurveillance des symptômes (voir section 5)	Autres mesures
Cas unique	Contact étroit ^A en milieu de soins (contact d'un cas unique)				<ul style="list-style-type: none"> ▶ Port du masque pendant 7 jours suivant la dernière exposition ▶ Pour un contact étroit domiciliaire continu, selon le risque : auto-isolement si possible lorsqu'au travail pendant 7 jours suivant la dernière exposition – se référer section 6
	Contact étroit ^B ponctuel ou domiciliaire limité	▶ Aucun	▶ Aucun	▶ Jusqu'à 7 jours suivant la dernière exposition	
	Contact étroit ^B domiciliaire continu				
	Contact élargi^C	▶ Aucun	▶ Aucun	▶ Jusqu'à 7 jours suivant la dernière exposition	▶ Aucune
Écllosion	Contact étroit ^A en milieu de soins en situation d'écllosion	▶ Aucun	▶ Dépistage par TAAN-labo au 5^e jour après la dernière exposition, sauf si épisode antérieur de COVID-19 \leq 60 jours.	▶ Jusqu'à 7 jours suivant la dernière exposition	▶ Auto-isolement lorsqu'au travail pendant 7 jours suivant la dernière exposition – se référer à la section 6
	Contact élargi^C	▶ Aucun	▶ Aucun^D	▶ Jusqu'à 7 jours suivant la dernière exposition	▶ Aucune

^A Contact étroit avec un cas de COVID-19 < 2 mètres et > 10 minutes, sans port du masque médical (sans égard au niveau du masque médical ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou APR et protection oculaire si requis (IMGA ou autre situation).

^B Contact étroit avec un cas de COVID-19 < 2 mètres et > 10 minutes, sans port du masque médical.

^C Unité de soins où il y a présence d'un usager qui est un cas de COVID-19 sans précautions additionnelles OU TdeS confirmé de COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail.

^D Les dépistages sont non requis d'emblée, mais ils peuvent être faits localement sur avis de l'équipe de PCI ou de l'équipe traitante (ex. : situation épidémiologique particulière, clientèle pouvant présenter des complications particulières en cas de COVID, etc.).

2 Travailleur de la santé symptomatique (symptômes compatibles avec la COVID-19)

Peu importe le statut vaccinal

TdeS SYMPTOMATIQUE

Épisode antérieur de COVID-19 \leq 60 jours^{A, B} :

- ▶ Aucun retrait du travail ni dépistage en lien avec le SRAS-CoV-2.
- ▶ Envisager un autre diagnostic et d'autres tests associés à ce diagnostic. Appliquer les mesures de PCI en fonction de ce diagnostic.

Aucun épisode de COVID-19 antérieur ou épisode antérieur de COVID-19 $>$ 60 jours :

- ▶ Retrait du travail et effectuer **TAAN-labo** dès que possible.
- ▶ Résultat positif : se référer à la [section 3](#).
- ▶ Résultat négatif :
 - ▶ Amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail des TdeS. Si un retour est possible, le TdeS doit porter un masque médical en continu pour la durée des symptômes (hygiène et étiquette respiratoires)
 - ▶ Persistance ou augmentation des symptômes : répéter le test TAAN-labo 24 heures post dernier test et poursuivre le retrait en attendant les résultats. Référer le TdeS pour une consultation médicale si jugée pertinente.

^A Au-delà de 60 jours, les probabilités d'obtenir un résultat positif qui serait causé par l'infection antérieure sont plus faibles.

^B Lorsqu'une possibilité de rebond de COVID-19 est suspectée par le clinicien, le TdeS doit être géré comme un cas. La durée du retrait doit être calculée à partir de la date de recrudescence des symptômes, et est la même que pour un épisode initial.

3 Travailleur de la santé confirmé de COVID-19

(si résultat faible positif, consulter le tableau 4)

Épisode antérieur de COVID-19 ≤ 60 jours, excluant les immunosupprimés	Avec ou sans symptômes	
	Travailleur de la santé immunocompétent	Travailleur de la santé immunosupprimé
<p>Même s'il n'est pas recommandé de faire un test, s'il a été réalisé et qu'il est positif</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ne pas considérer comme un nouveau cas de COVID-19 ▶ TdeS asymptomatique : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucun retrait ni mesures supplémentaires ▶ TdeS symptomatique^D : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Envisager un autre diagnostic ▶ Appliquer les mesures en fonction de ce diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 6 jours^{A, B} sans test de contrôle ou 4 jours^{A, B} avec un TDAR^C négatif (5^e jour) après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Absence de fièvre ▶ Port du masque jusqu'au 10^e jour après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) ▶ Auto-isolément jusqu'au 10^e jour lorsqu'au travail, référer à la section 6 	<p>Immunosuppression (excluant immunosuppression sévère)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrait du travail pour 14 jours^{A, B} avec deux TDAR^C négatifs à intervalle de 24 h ou 21 jours sans TDAR après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) ET ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) ET ▶ Se référer à : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés <p>Immunosuppression sévère (par ex. : greffés d'organes solides, greffés de cellules souches, cancer hématologique sous chimiothérapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'équipe traitante doit décider s'il y a un risque d'excrétion virale prolongée. Il est recommandé d'effectuer deux TDAR^C à intervalle de 24 heures afin de déterminer le moment opportun pour cesser l'isolement ▶ L'isolement devrait être d'une durée minimale de 21 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) ▶ Une discussion avec le médecin traitant connaissant le degré d'immunosuppression antérieure à la COVID-19 du TdeS est suggérée et le degré d'immunosuppression conférée par le traitement actuel de la COVID-19.

^A Pour le cas asymptomatique qui développe des symptômes, le décompte de l'isolement se calcule :

- ▶ À partir de la date du début des symptômes si les symptômes apparaissent < 4 jours après la date du prélèvement.
- ▶ À partir de la date du prélèvement si les symptômes apparaissent ≥ 4 jours après la date du prélèvement.

^B Durée du retrait : Le calcul s'effectue **en jours complets de retrait**. Par exemple, pour un retrait du travail de **6 jours** qui débute le 1^{er} avril, vous comptez **6 jours complets de retrait** (ce qui inclut le jour d'apparition des symptômes). Le retour au travail est possible (si les conditions de retour au travail sont respectées) à partir du 7 avril. Pour un retrait de **4 jours**, le retour au travail est possible le 5 avril avec un TDAR négatif le même jour (si les autres conditions sont respectées). Si le TDAR est positif, le TdeS demeure en **retrait du travail**, mais le TDAR peut être répété le lendemain. S'il est toujours positif, le retour est possible le 7 avril sans test (si les autres conditions sont respectées).

^C Le TDAR doit être effectué sous supervision d'un professionnel de la santé.

^D Lorsqu'une possibilité de rebond de COVID-19 est suspectée par le clinicien, le TdeS doit être géré comme un cas. La durée du retrait doit être calculée à partir de la date de recrudescence des symptômes, et est la même que pour un épisode initial.

4 Travailleur de la santé ayant obtenu un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral » (faible positif) suite à un épisode antérieur de COVID-19

- ▶ Si le résultat du TAAN est « détecté faible quantité d'ARN viral », appliquer les mesures du tableau suivant en fonction du délai depuis l'épisode de COVID-19 antérieur et la présence ou non de symptômes.
- ▶ Ces recommandations concernent seulement les TdeS qui ont déjà eu un épisode antérieur de COVID-19.
- ▶ Ces recommandations ne s'appliquent pas dans le cas du résultat d'un TDAR.

Délai écoulé depuis l'épisode antérieur de COVID-19	Symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19	Mesures de PCI
≤ 60 jours	Absence ou présence	Aucun retrait ni mesures supplémentaires
> 60 jours	Absence	<p>Si aucune exposition à un cas de COVID-19 : Aucun retrait ni mesures supplémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si exposition à un cas de COVID-19 : répéter le TAAN 24-48 heures plus tard ▶ Isolement préventif jusqu'au 2^e TAAN ▶ Gérer selon le résultat du 2^e TAAN <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : considérer comme un cas de COVID-19 et appliquer les mesures à la section 3 ▶ Autres résultats : ne pas considérer comme un cas actif
	Présence	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Répéter le TAAN 24-48 heures plus tard ▶ Isolement préventif jusqu'au 2^e TAAN ▶ Gérer selon le résultat du 2^e TAAN <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positif : considérer comme un cas de COVID-19 et appliquer les mesures à la section 3 ▶ Autres résultats : ne pas considérer comme un cas actif

5 Autosurveillance des symptômes

L'employeur doit jusqu'à 7 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Informer le TdeS de surveiller l'apparition de tout symptôme ou signe compatible avec la COVID-19 et des personnes à aviser le cas échéant. Vérifier avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p.ex. : selon la situation épidémiologique qui prévaut, la tenue d'un registre ou une validation verbale par l'employeur peuvent être introduites).
- ▶ Si le TdeS développe des symptômes, se référer à la [section 2](#).

Le travailleur de la santé doit jusqu'à 7 jours suivant la dernière exposition :

- ▶ Prendre sa température 2 fois par jour et surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ([grille de surveillance des symptômes](#)).
- ▶ Vérifier avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- ▶ S'il développe des symptômes :
 - ▶ Contacter le service de santé (ou autre) sans délai et appliquer les consignes de l'employeur.
 - ▶ Se référer aux [consignes en vigueur](#).

6 Auto-isolement au travail

Le travailleur de la santé doit, jusqu'à 7 jours suivant la dernière exposition lors d'un contact **(dans certains cas seulement, se référer à la [section 1](#))** ou **jusqu'à 10 jours** après le début des symptômes (date du test si asymptomatique) pour le TdeS confirmé COVID-19:

- ▶ Respecter strictement les mesures de PCI et consignes en vigueur (port du masque, distanciation physique).
- ▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains pendant le travail.
- ▶ Porter un masque médical pendant le travail.
- ▶ Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- ▶ Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p.ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres TdeS à moins de 2 mètres.
- ▶ Maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS, dans la mesure du possible.
- ▶ Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

7 Accès compromis aux services et retour précoce de travailleurs de la santé

La disponibilité de TdeS formés et en nombre suffisant est un élément essentiel de la sécurité des soins dans un milieu de santé. Il incombe aux établissements et aux installations de planifier les ressources humaines nécessaires pour maintenir l'accès aux soins et services sécuritaires aux usagers. Les différents comités, gestionnaires et équipes concernées (ex. : ressources humaines, service de santé et sécurité, PCI, soins infirmiers, qualité, gestionnaire d'unité ou service, etc.) doivent également prévoir et réviser régulièrement des scénarios pour faire face à différents risques (ex. : plan de contingence).

Lorsque le manque de TdeS risque d'entraîner un bris dans les services aux usagers, une approche multidisciplinaire et collaborative est nécessaire à la mise en place de stratégies sécuritaires basées sur une analyse rigoureuse des risques propres à chaque milieu (ex. : vulnérabilité de la clientèle, organisation physique) conformément aux aspects législatifs et déontologiques auxquels les établissements de santé sont tenus.

Les établissements possèdent toutes les structures, les expertises et l'agilité nécessaires, afin de moduler les recommandations pour un retour au travail précoce sécuritaire. Il est donc de leur responsabilité d'adapter, au besoin, les recommandations présentées dans ce document, afin de répondre à la situation en cours dans leur milieu.

Impact d'un retour précoce des travailleurs de la santé

En plus de s'enquérir des modalités de prise en charge des TdeS par les principales instances internationales, le Cinq a cherché à documenter, par une recherche d'articles scientifiques, l'impact d'un retour précoce des TdeS sur la transmission nosocomiale spécifiquement en période de circulation du variant Omicron.

Une étude réalisée en Angleterre en janvier 2022, durant la vague consécutive à l'arrivée du variant Omicron (Raza *et al.*, 2022) a regardé l'impact du changement de la politique du gouvernement ayant réduit la durée minimale d'isolement des TdeS infectés de 10 à 5 jours sous réserve de deux TDAR négatifs consécutifs les jours 5 et 6. Quarante-trois pourcents (n = 200/240) des TdeS infectés par le SARS-CoV-2 étaient asymptomatiques et la plupart des 40 TdeS symptomatiques a décrit ressentir des symptômes de mal de gorge et rhinorrhée. De plus, 93 % (n = 224/240) avaient reçu au moins deux doses de vaccin, ce qui reflétait les taux de vaccination de plus de 95% au sein de l'hôpital. Sur une période d'observation de 3 semaines, 55% (n=132/240) des TdeS infectés ont pu réintégrer le travail plus tôt, ce qui équivaut à une réduction de 532 jours du nombre de jours d'absence des TdeS en raison de la COVID pour cet hôpital. Ce changement de politique a donc été bénéfique pour la continuité des services et n'a pas été associé à un pic de cas positifs au SRAS-CoV-2 parmi les patients hospitalisés sur la même période. Bien que plus de 25 % des TdeS (n = 63) ont pu revenir au travail dès le jour 6, il en demeure que 45% des TdeS (n = 108) testaient encore positifs au TDAR au jour 9.

Une étude de cohorte, menée dans un CHU pédiatrique au Québec (Blanchard *et al.*, 2022), a porté sur les infections secondaires survenues parmi 475 TdeS ayant des contacts domiciliaires avec des cas de COVID-19 avec le variant Omicron (entre le 20 décembre 2021 et le 17 janvier 2022). Parmi les TdeS exposés, 50 % (238 sur 475) sont devenus positifs, dont 82 % ont été trouvés positifs lors du test initial. Parmi les 279 TdeS contacts domiciliaires maintenus au travail, 42 (15 %) sont devenus positifs avec une médiane de 4 jours après le test initial. Aucune transmission nosocomiale n'a été observée parmi la clientèle et les autres TdeS de cet hôpital.

Considérations importantes pour un retour au travail précoce

La décision de retourner au travail un TdeS qui est un cas de COVID-19, avant la fin de la période recommandée de retrait, est une mesure qui, si elle survient, doit être exceptionnelle et temporaire. Elle doit toujours s'accompagner de mesures de mitigation du risque pour éviter une transmission vers les autres travailleurs de la santé et les usagers. Lorsque la situation s'améliore, les recommandations usuelles doivent être reprises.

Pour guider la prise de décision, les considérations suivantes (inspirées des instances internationales indiquées entre parenthèses) représentent un ensemble de bonnes pratiques à maintenir. Elles peuvent servir de balises pour guider les décideurs.

- ▶ Évaluer l'impact de l'absence du TdeS sur la continuité des services avant de déterminer s'il doit faire l'objet d'un retour précoce (prioriser le retour d'un TdeS uniquement pour des soins et services qui sont essentiels).
- ▶ Retourner en premier le TdeS dont la période d'isolement est presque terminée (CDC, MSO).
- ▶ Envisager une réaffectation à d'autres tâches (n'impliquant pas d'interactions à haut risque) ou une évaluation par le service de santé (ou un autre service selon le milieu) avant de reprendre les soins directs aux usagers (MSO).
- ▶ S'assurer qu'au moment du retour au travail, le TdeS qui est un cas de COVID-19 présente une absence de fièvre et une amélioration du tableau clinique (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles).
- ▶ Prioriser l'affectation du TdeS aux soins des usagers positifs à la COVID-19 ou rétablis (MSO).
- ▶ Éviter d'affecter le TdeS qui est un cas de COVID-19 ou un TdeS exposé, aux soins d'usagers vulnérables (ex. : unités de greffés, usagers avec immunosuppression sévère ou à risque de complications graves) (AU, BCCDC, MSO).
- ▶ Envisager d'affecter le TdeS à une seule installation (AU, MSO).
- ▶ Prévoir un mécanisme permettant d'objectiver l'absence de signes et symptômes compatibles avec la COVID-19 avant chaque quart de travail chez un TdeS exposé (BCCDC, CDC, MSO).
- ▶ S'assurer d'un mécanisme pour documenter le respect strict et rigoureux de l'hygiène des mains, du port des ÉPI et des autres mesures en vigueur (ex. : distanciation, dépistages) par les TdeS exposés ou cas de COVID-19 (AU, BCCDC, CDC, MSO).
- ▶ Assurer un suivi de l'épidémiologie locale de toute unité où est affecté un TdeS qui est un cas de COVID-19 en retour précoce afin de documenter toute transmission nosocomiale pouvant y être associée. Le cas échéant, aviser rapidement les gestionnaires visés, réviser les pratiques sur l'unité et recourir à d'autres mesures de mitigation.
- ▶ Éviter que le TdeS qui est un cas ne côtoie sans masque médical des TdeS qui ne sont pas des cas (AU, MSO, BCCDC).

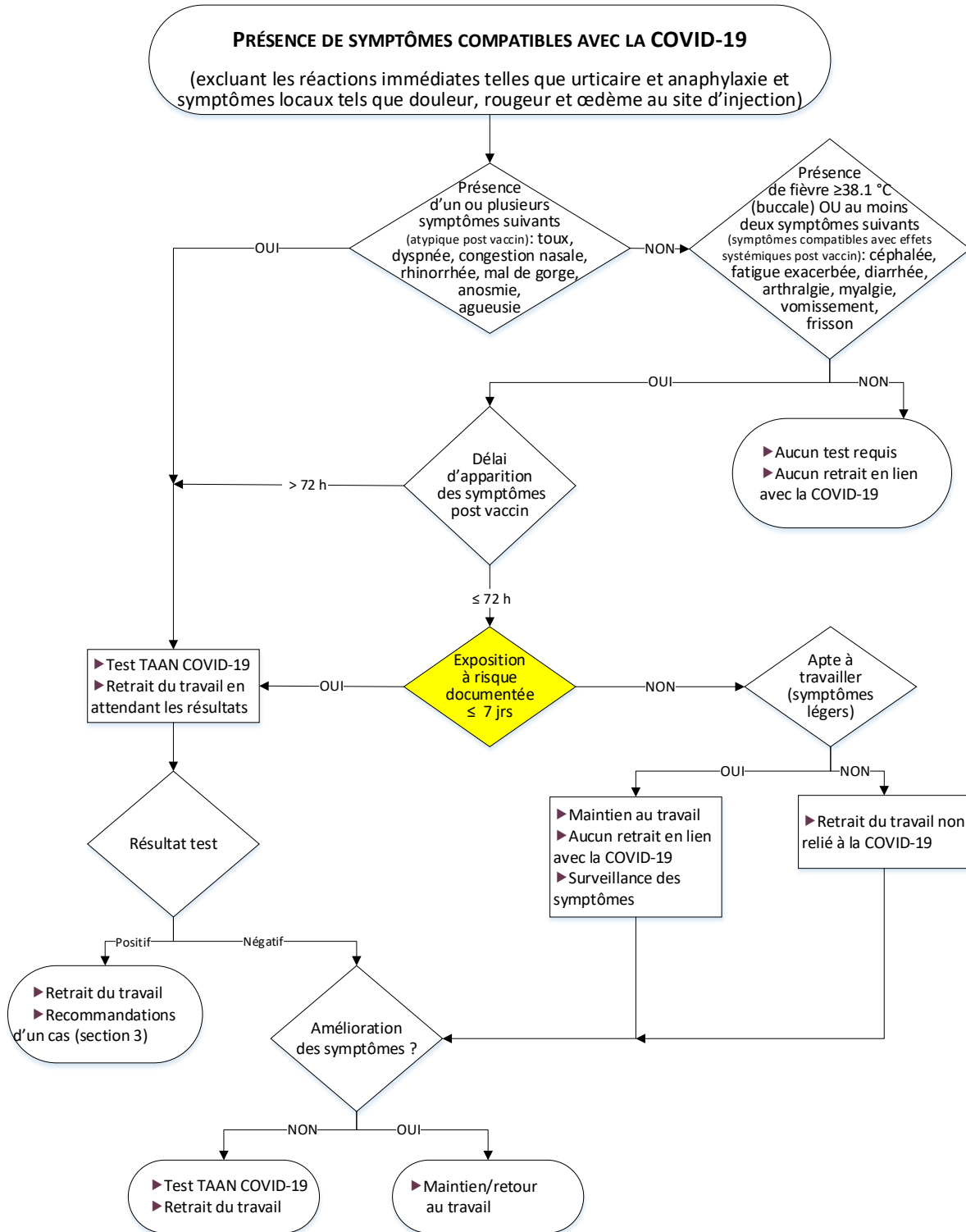
8 Prise en charge des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19

Les personnes vaccinées sont susceptibles de présenter différents symptômes dans les jours suivant la vaccination. Considérant que ces symptômes peuvent ressembler à ceux compatibles avec la COVID-19, des recommandations sur la prise en charge des travailleurs de la santé ayant des symptômes post vaccination sont nécessaires. Pour des informations sur les vaccins contre la COVID-19 et les manifestations cliniques indésirables (MCI) rapportés, consulter le Protocole d'immunisation du Québec ([PIQ](#)).

L'algorithme qui suit tient compte du fait que les réactions systémiques sont plus fréquentes après une 2^e dose de vaccin, après une dose subséquente, ou chez quelqu'un qui a déjà fait l'infection. Les symptômes ont donc été différenciés entre ceux pouvant être le plus associés au vaccin dans les 72 heures après son administration et ceux non associés au vaccin et donc pouvant plutôt laisser suspecter une infection par le SRAS-CoV-2 (toux, dyspnée, congestion nasale, rhinorrhée, mal de gorge, anosmie, agueusie). Le délai d'apparition des symptômes est également important à déterminer afin de mieux orienter la prise en charge des TdeS.

Étant donné la circulation concomitante d'autres virus respiratoires dans la population, si un test pour la COVID-19 est effectué et que le résultat est négatif, il est nécessaire d'évaluer la pertinence de procéder à des analyses pour les autres virus respiratoires selon l'évolution clinique du travailleur et l'épidémiologie de ces virus. Pour plus d'informations sur la circulation des virus respiratoires, le lecteur est invité à consulter les pages Web du [Laboratoire de santé publique du Québec](#) (LSPQ) et du [ministère de la Santé et des Services sociaux](#) (MSSS).

Algorithme 1 – Gestion des travailleurs de la santé post vaccination contre la COVID-19



Références

Agence de santé publique du Canada (2021, 23 décembre). *Mise à jour sur la prise en compte d'Omicron – Prévention et contrôle provisoires de l'infection par la COVID-19 dans le contexte des soins de santé lorsque la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée – 23 décembre 2021.* <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/omicron-prevention-controle-contexte-soins-sante-covid-19-soupconnee-confirmer.html>

Alberta Health Services. (2023, 31 mars). *Attending work with COVID-19 symptoms or a positive COVID-19 test.* [Attending Work with COVID-19 Symptoms or a Positive COVID-19 Test Directive 1188 \(ahsnet.ca\)](#)

Australian Government Department of health. (2022, 6 octobre). *Outbreaks of acute respiratory infection in residential care facilities.* www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/09/national-guidelines-for-the-prevention-control-and-public-health-management-of-outbreaks-of-acute-respiratory-infection-including-covid-19-and-influenza-in-residential-care-facilities.pdf

Blanchard, A.C., Lamarre, V., Lamarche, J., Audy, N., Quach, C. (2022, 25 août). Mitigating healthcare staffing shortages: Should healthcare workers with severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) household exposures work? *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 1–3. <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/mitigating-healthcare-staffing-shortages-should-healthcare-workers-with-severe-acute-respiratory-coronavirus-virus-2-sarscov2-household-exposures-work/27345CCA326255F892F4E052BC3D2426>.

British Columbia Centre for Disease Control/British Columbia Ministry of Health. (2022, 28 juin). *Interim guidance on return to work for healthcare workers with confirmed or suspected COVID-19 and Management of Health-Care Worker Exposures to COVID-19* http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_HCW_ReturnToWorkGuidance.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2022a, 23 septembre). *Strategies to mitigate healthcare personnel staffing shortages.* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022b, 23 septembre). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic.* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2022c, 23 septembre). *Interim Guidance for Managing Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection or Exposure to SARS-CoV-2.* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html#print>

cDzieciolowska S, Charest H, Roy T, Fafard J, Carazo S, Levade I et al. (2023). Timing and Predictors of Loss of Infectivity among Healthcare Workers with Primary and Recurrent COVID-19: a Prospective Observational Cohort Study. *medRxiv*. 2023.06.16.23291449. <https://doi.org/10.1101/2023.06.16.23291449>

European Centre for disease control and prevention. (2023, 6 février). *Considerations for infection prevention and control practices in relation to respiratory viral infections in healthcare settings.* <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-infection-prevention-and-control-practices-relation-respiratory>

Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19. (2023, mars). *Séroprévalence au Canada – résultats jusqu'au 15 mars 2023.* <https://www.covid19immunitytaskforce.ca/fr/seroprevalence-au-canada/>

Institut national de santé publique du Québec. (2023, juillet). *SRAS-CoV-2: Assises scientifiques soutenant les recommandations sur les mesures de prévention et contrôle des infections.* <https://www.inspq.qc.ca/publications/3278-assises-scientifiques-mesures-prevention-controle-infections-COVID-19>

Institut national de santé publique du Québec. (2022, 16 mai). *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.* <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19>

Institut national de santé publique du Québec. (2021, 26 août). *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19.* <https://www.inspq.qc.ca/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-covid19>

Stefka, D., Charest, H., Roy, T., Fafard, J., Carazo, S. *et al.* (2023, 18 juin). Timing and predictors of loss of infectivity among healthcare workers with primary and recurrent COVID-19: a prospective observational cohort study. Prépublication. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.06.16.23291449v1>

Ministère de la Santé Ontario (2023, 27 mars). Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario (version 15.2). https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts.pdf

Public Health England (2023, 31 mars). *Managing healthcare staff with symptoms of a respiratory infection or a positive COVID-19 test result*. www.gov.uk/government/publications/covid-19-managing-healthcare-staff-with-symptoms-of-a-respiratory-infection

Raza, M., Giri, P., Basu, Subhashis. (2022, 27 mars). Surveillance and return to work of healthcare workers following SARS-CoV-2 Omicron variant infection, Sheffield, England, 17 January to 7 February 2022. *Eurosurveillance*, 27(11). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2022.27.11.2200164>

Swissnoso (2023, 31 janvier). *Recommandations de Swissnoso pour la prévention et le contrôle du COVID-19 dans les hôpitaux de soins aigus*. www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/230131_Recommandations_COVID-19_soins_aigus_Swissnoso_v5_FR.pdf

Wu Y, Guo Z., Yuan J., Cao G., Wang Y., Gao P. *et al.* (2023, 17 février). Duration of viable virus shedding and polymerase chain reaction positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant in the upper respiratory tract: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 129. [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(23\)00057-7/fulltext#articleInformation](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(23)00057-7/fulltext#articleInformation)

Historique des modifications

Version	Date	Modifications
7.0	2023-07-07	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Modification des milieux de soins visés par les recommandations de ce document. ▶ Retrait des informations concernant la vaccination de base. ▶ Section principales modifications remplacée par un hyperlien vers ce tableau. ▶ Section Littérature scientifique remplacée par un hyperlien vers le document d'assises scientifiques. ▶ Transfert de la section Impact d'un retour précoce des travailleurs de la santé dans la section Accès compromis aux services et retour précoce de travailleurs de la santé. ▶ Ajout du contexte des présentes modifications ▶ Révision de la section Constats issus de la littérature grise. ▶ Section Définitions remplacée par un hyperlien vers le document à ce sujet. ▶ Mise à jour des recommandations pour le TdeS asymptomatique qui est un contact et ajout des informations concernant les contacts élargis. ▶ Mise à jour des sections 3 à 6. ▶ Retrait de la section Retrait du travail pour un travailleur de la santé asymptomatique qui est un contact. ▶ Retrait des scénarios de retour au travail précoce. ▶ Mise à jour de l'algorithme 1 ▶ Mise à jour des références
6.1	2023-05-03	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Modification des milieux de soins visés par les recommandations de ce document. ▶ Modification des indications de dépistages pour les TdeS contacts étroits d'un cas unique en milieu de soins. ▶ Modification des indications de dépistages pour les TdeS contacts étroits ponctuels ou domiciliaires limités et contacts étroits domiciliaires continus.
6.0	2022-10-07	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'une section « Méthodologie ». ▶ Révision de la section portant sur la littérature scientifique et la littérature grise. ▶ Retrait de certaines définitions. ▶ Révision des catégories de protection. ▶ Mise à jour des recommandations pour le TdeS asymptomatique qui est un contact (tableau 1). ▶ Mise à jour des recommandations pour le TdeS symptomatique (tableau 2). ▶ Mise à jour des recommandations pour le TdeS confirmé COVID-19 (tableau 3). ▶ Révision de la section 7. ▶ Mise à jour des recommandations pour le retour précoce des TdeS lors d'accès compromis aux services (section 8). ▶ Intégration des recommandations du document Prise en charge des usagers et des travailleurs de la santé ayant des symptômes dans les jours suivant la vaccination COVID-19 en milieux de soins (mis à jour le 21 décembre 2021) (section 9).
5.0	2022-04-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision des catégories de protection ▶ Mise à jour des mesures pour les personnes symptomatiques en fonction du délai par rapport à une infection antérieure et du résultat du test ▶ Ajouts des mesures pour un résultat de TAAN « détecté faible quantité d'ARN viral ».
4.3	2022-04-01	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision de la catégorie « considéré protégé » et ajout d'une définition sur le calcul de la durée de l'isolement ou du retrait
4.2	2022-03-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour pour le retour précoce d'un TdeS confirmé COVID-19 lors d'accès compromis aux services

4.1	2022-02-25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour partielle des données sur l'efficacité vaccinale ▶ Ajout utilisation de test pour suivre l'infectiosité des personnes infectées ▶ Mise à jour test requis pour le retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service
4.0	2022-01-28	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Révision des retraits préventifs pour les contacts domiciliaires. ▶ Révision de la priorisation du retour précoce d'un TdeS lors de rupture de service. ▶ Retrait des documents de référence pour la gestion des cas et contacts en communauté et de réinfection.
3.1	2022-01-06	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour partielle des données en lien avec Omicron. ▶ Ajout section Rupture de service et retour de travailleurs de la santé.
3.0	2021-12-21	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout définitions types de test. ▶ Révision des catégories de protection. ▶ Révision des recommandations selon les catégories de protection.
2.0	2021-09-14	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour des données sur l'épidémiologie et l'efficacité vaccinale. ▶ Recommandations des dépistages pour les TdeS considérés protégés.
1.2	2021-08-30	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajustement durée d'isolement préventif en communauté à 10 jours au lieu de 14 jours.
1.1	2021-07-15	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Précisions dans les définitions TdeS considéré protégé et partiellement protégé. ▶ Ajustement des libellés pour l'isolement préventif en communauté après le quart de travail et pour le TdeS voyageur.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

Marie-Claude Roy, présidente
Catherine Dufresne
Roseline Thibeault
Pascale Trépanier
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université
Laval

Nathalie Bégin
Centre intégré de santé et de services sociaux de la
Montérégie-Centre

Karine Boissonneau
Natasha Desmarteau
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Capitale-Nationale

Chantal Richard, secrétaire du CINQ
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Stéphane Caron
Direction de la santé environnementale, au travail et de la
toxicologie
Institut national de santé publique du Québec

Kevin Dufour
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux Saguenay-Lac-Saint-Jean

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Laplante
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Bianka Paquet-Bolduc
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Sara Pominville
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de l'Estrie

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray
Silvana Perna
Ministère de la Santé et des Services sociaux

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

Marielle Bolduc
Maude Bigras
Annick Boulais
Fanny Desjardins
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Maude Bigras, conseillère scientifique
Annick Boulais, conseillère en soins infirmiers
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, cheffe d'unité scientifique
Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

COLLABORATEURS

Marie Gourdeau, consultante
Direction des risques biologiques

Yves Longtin, médecin microbiologiste-infectiologue
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

MISE EN PAGE

Marie-France Richard, agente administrative
Direction des risques biologiques

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec (2023)

N° de publication : 3141

**Institut national
de santé publique**

Québec 