



Lignes directrices provisoires sur la prévention et le contrôle des variants préoccupants du SRAS-CoV-2 à l'intention des lieux de soins de santé

1^{re} révision : Avril 2021

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société de la Couronne vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des intervenants 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 santé au travail
- préparation aux situations d'urgence
- promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes
- services de laboratoires de santé publique

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 sur SPO, consultez www.santepubliqueontario.ca

Modèle proposé pour citer le document :

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Lignes directrices provisoires sur la prévention et le contrôle des variants préoccupants du SRAS-CoV-2 à l'intention des lieux de soins de santé. 1^{re} révision. Toronto (ON), 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^{re} édition : Février 2021

1^{re} révision : Avril 2021

Avis de non-responsabilité

Avis de non-responsabilité à l'égard des documents sur les pratiques exemplaires

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI) a conçu le présent document. Le CCPMI-PCI est un organisme consultatif scientifique multidisciplinaire qui fournit des conseils fondés sur des données probantes à Santé publique Ontario (SPO) concernant la prévention et le contrôle des infections associées aux soins de santé. Les travaux du CCPMI-IPC s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de la publication et sont mis à jour au besoin. Les documents de pratiques exemplaires et outils produits par le CCPMI-PCI reflètent les positions consensuelles sur ce que le comité considère comme des pratiques prudentes et sont mis à la disposition des professionnels de la santé publique et des fournisseurs de soins de santé.

SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

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

Nous invitons les établissements de soins de santé à faire le nécessaire pour mettre en œuvre ces pratiques exemplaires afin d'améliorer la qualité des soins.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

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

Lignes directrices provisoires sur la prévention et le contrôle des variants préoccupants du SRAS-CoV-2 à l'intention des lieux de soins de santé, 1^{re} révision

Publication initiale : Février 2021

Les données probantes figurant dans le présent document sont à jour en date du 21 mars 2021. Le tableau ci-après résume le nouveau contenu dans cette version révisée.

Résumé des modifications apportées – 1^{re} révision :

Numéro de la révision	Date de la révision	Description des principaux changements	Page
1	Mars 2021	Renseignements additionnels sur le port du masque chez les patients	11
1	Mars 2021	Retrait de la recommandation selon laquelle le lieu de soins de santé devrait fournir un masque médical aux patients	16

Auteurs/collaborateurs

Santé publique Ontario tient à souligner la contribution et l'expertise des personnes suivantes, qui ont participé 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 de la prévention et du contrôle des infections, York Region Community and Health Services, Richmond Hill

Natalie Bruce

Chef, prévention et contrôle des infections, 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

D^{re} Susy Hota

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

D^r Dominik Mertz

Professeur agrégé, directeur médical, contrôle des infections, Centre des sciences de la santé de Hamilton, Hamilton

Vydia Nankoosingh

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

Dariusz Pajak (jusqu'en février 2021)

Coordonnateur du contrôle des infections, Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto

D^{re} Herveen Sachdeva

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

Laurie Streitenberger

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

Membres d'office :

Sandra Callery

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

Melissa Helferty

Chef, politiques et programmes en matière de maladies infectieuses, ministère de la Santé

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

D^{re} Michelle Science

Médecin, prévention et contrôle des infections, SPO

Experts-conseils :**D^{re} Jennie Johnstone**

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

D^r Kevin Katz

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

Personnel de SPO :**D^{re} Maureen Cividino**

Médecin, prévention et contrôle des infections

D^{re} Jennifer Robertson

Chef, soutien en recherche, évaluation et amélioration continue de la qualité

Mabel Lim

Spécialiste en programmes, prévention et contrôle des infections

Jeff Smith

Coordonnateur de la recherche

Tableau des matières

Abréviations	1
Glossaire	2
Préambule	4
1. Contexte	5
2. Recommandations relatives à la prévention et au contrôle des infections aux variants préoccupants du SRAS-CoV-2	7
2.1 Dépistage, criblage et diagnostic de la COVID-19	7
2.2 Transfert interétablissement de patients aux prises avec un VP.....	8
2.3 Placement du patient.....	8
2.4 Équipement de protection individuelle	9
2.5 Durée des précautions	9
2.6 Autres mesures de PCI	10
2.7 Nettoyage de l'environnement.....	12
2.8 Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement de l'air	13
2.9 Gestion des éclosions de VP.....	13
Annexe A : Résumé des recommandations	15
Bibliographie	19

Abréviations

COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
ÉPI	Équipement de protection individuelle
IMGA	Intervention médicale générant des aérosols
PCI	Prévention et contrôle des infections
SRAS-CoV-2	Syndrome respiratoire aigu sévère Coronavirus 2
Système CVC	Système de chauffage, ventilation et conditionnement de l'air
VNPSC2	VARIANT non préoccupant du SRAS-CoV-2
VP	VARIANT préoccupant

Glossaire

Aérosol : Gouttelettes d'humidité qui peuvent transporter des microorganismes. Ces gouttelettes peuvent être assez légères pour demeurer en suspension dans l'air pendant de brèves périodes et permettre ainsi l'inhalation des microorganismes.

Désinfection : Inactivation de microorganismes qui provoquent des maladies. La désinfection ne détruit pas les spores bactériennes. Le matériel médical doit être nettoyé à fond avant que l'on puisse procéder à une désinfection efficace.

Équipement de protection individuelle (ÉPI) : Vêtement ou matériel porté pour se protéger contre des substances dangereuses.

Fournisseur de soins de santé : Toute personne prodiguant des soins à un patient. Il peut s'agir, entre autres, des personnes suivantes : intervenants des services d'urgence, médecins, dentistes, personnel infirmier, thérapeutes respiratoires et autres professionnels de la santé, préposés aux services de soutien à la personne, enseignants cliniques, étudiants et préposés aux soins à domicile. Dans certains lieux de soins non actifs, des bénévoles peuvent prodiguer des soins et seraient alors considérés comme des fournisseurs de soins de santé. Voir aussi *Personnel*.

Hygiène des mains : Terme général faisant référence à tout ce qui touche le nettoyage des mains. L'hygiène des mains consiste à enlever la saleté visible et à éliminer ou tuer les microorganismes transitoires se trouvant sur les mains. Elle comprend l'utilisation de savon et d'eau courante ou d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool. Elle comprend aussi l'antisepsie chirurgicale des mains.

Lieu de soins de santé : Lieu où des soins de santé sont prodigués, y compris les lieux qui dispensent des soins d'urgence, les hôpitaux, les établissements de soins continus complexes, les hôpitaux de réadaptation, les foyers de soins de longue durée, les établissements de santé mentale, les cliniques externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires, les cabinets d'autres professionnels de la santé et les soins à domicile.

Nettoyage : Élimination physique de matières étrangères (p. ex. poussière et saleté) et de matières organiques (p. ex. sang, sécrétions, excréments et microorganismes). Le nettoyage élimine physiquement les microorganismes sans les tuer. On nettoie avec de l'eau, des détergents et une action mécanique.

Personnel : Toute personne qui exerce des activités dans des lieux où des soins de santé sont prodigués, y compris, mais sans s'y limiter, les fournisseurs de soins de santé.

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

Recherche de contacts en amont : Processus d'identification par retour en arrière de la source d'infection d'un cas sous enquête afin de retrouver d'autres cas et contacts. La recherche de contacts en amont vise l'identification de la source de l'exposition du cas sous enquête. Toute information relative à l'exposition du cas à un cas connu de COVID-19 ou à une personne symptomatique, ou à des déplacements effectués à l'extérieur de la région au cours des 14 jours précédents devrait être recueillie. En cas d'identification d'une source potentielle d'exposition, la recherche en aval des contacts de la source pourrait permettre d'identifier d'autres cas positifs. La recherche en amont des contacts de patients hospitalisés exige de la collaboration entre les services de prévention et de contrôle des infections et services de santé et sécurité au travail (pour identifier les expositions avant l'hospitalisation). Voir aussi *Recherche de contacts en aval*.

Recherche de contacts en aval : Processus d'identification et de mise en quarantaine des contacts exposés à un cas sous enquête, afin de prévenir de nouveaux cas de transmission. La recherche de contacts en aval vise l'identification des personnes ayant eu une exposition non protégée à un cas durant la période d'infectiosité du cas. Voir aussi *Recherche de contacts en amont*.

Regroupement en cohorte : Partage d'une chambre ou d'une salle par au moins deux clients/patients/résidents qui sont soit porteurs du même microorganisme, soit infectés par celui-ci, ou partage d'une chambre ou d'une salle par des clients/patients/résidents porteurs ou infectés, jugés après évaluation comme présentant un faible risque de dissémination, et des personnes considérées comme présentant un faible risque de contamination.

Transmission par gouttelettes : Transmission qui survient lorsque des gouttelettes contenant des microorganismes sont projetées dans l'air sur une courte distance (moins de deux mètres) et déposées sur les muqueuses d'un hôte réceptif, qui développe une infection. Les gouttelettes peuvent également contaminer des surfaces et causer la transmission par contact.

Variant préoccupant (VP) : Variant d'intérêt pour lequel une étude comparative a démontré qu'il était associé à : i) une transmission accrue ou un changement défavorable de l'épidémiologie de la COVID-19; ii) une virulence accrue ou un changement dans le tableau clinique de la maladie; iii) une diminution de l'efficacité des mesures sociales et sanitaires ou des diagnostics, vaccins et thérapeutiques disponibles; OU qui a été jugé un variant préoccupant par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en consultation avec le Groupe de travail sur l'évolution du virus du SRAS-CoV-2 de l'OMS.¹

Vérification : Examen systématique et indépendant permettant de vérifier si les activités en matière d'assurance qualité et les résultats connexes sont conformes aux ententes prévues, efficaces et appropriés pour l'atteinte des objectifs.

Préambule

Ce document fournit des lignes directrices provisoires sur la façon de modifier les pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les lieux de soins de santé de l'Ontario compte tenu de l'émergence du variant B.1.1.7 dans la province et des risques d'émergence éventuelle d'autres variants préoccupants (VP) connus ou non. Les approches de PCI des lieux de soins de l'Ontario relatives à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) sont fondées sur la mise en œuvre d'une hiérarchie de mesures de contrôle, jumelée à l'adoption de pratiques de base et de précautions supplémentaires.² Cependant, la façon de rendre ces mesures opérationnelles varie grandement selon le type de milieu (p. ex. hôpitaux de soins actifs, hôpitaux de soins continus complexes et de réadaptation, foyers de soins de longue durée et milieux de soins en consultation externe) et l'incidence de la COVID-19 dans la région compte tenu des variations observées sur le plan de la charge de morbidité dans la province.³ Par conséquent, le présent document n'a pas pour objectif d'examiner toutes les mesures de PCI utilisées dans le but de réduire les risques, mais plutôt de passer en revue celles qui doivent être adaptées ou améliorées selon notre compréhension actuelle des nouveaux VP. Des renseignements nouveaux voient continuellement le jour et les présentes lignes directrices pourraient être modifiées à mesure que progresse notre savoir.

Ce document part du principe que tous les lieux de soins de santé ont à leur disposition des ressources et des mesures de soutien qui conviennent au type de milieu. Il suppose également que tous les lieux de soins de santé ont déjà mis en œuvre des politiques et procédures relatives à la PCI pouvant efficacement prévenir la transmission de variants non préoccupants du Syndrome respiratoire aigu sévère Coronavirus 2 (VNPSC2).

COVID-19 est une maladie acquise en milieu communautaire. Des éclosions en milieu de soins surviennent par introduction de la COVID-19 du milieu communautaire. Cependant, ce document ne porte pas sur les mesures de santé publique qui visent à contrôler le nouveau variant. **Il est évident que la mise en œuvre de mesures efficaces de santé publique en vue de contrôler la transmission communautaire de la COVID-19 est la meilleure façon protéger les lieux de soins de santé contre la COVID-19, y compris ses variants préoccupants.**

1. Contexte

Le syndrome respiratoire aigu sévère Coronavirus 2 (SRAS-CoV-2) est un coronavirus qui est apparu en Chine en décembre 2019 et qui cause la COVID-19. En soi, l'observation de mutations du code génétique du SRAS-CoV-2 n'est pas surprenante, étant donné que la plupart des virus subissent des mutations à des degrés variables. Les mutations génétiques de virus n'entraînent pas nécessairement de hausse de la transmissibilité ou de la gravité de la maladie.³ Comme nous l'ont appris les pandémies précédentes de maladies zoonotiques comme la grippe, il est à prévoir que le virus s'adaptera à l'hôte humain et qu'il présentera des mutations continues qui feront augmenter ou baisser la transmissibilité de la maladie et sa gravité.

Les variants préoccupants (VP) du SRAS-CoV-2 associés à une transmissibilité accrue sont apparus et se sont propagés partout dans le monde.^{5,6} Ils incluent notamment les variants B.1.1.7, 501Y.V2 (B.1.351) et P.1 (501Y.V3).^{7,8}

Le variant B.1.1.7, initialement identifié au Royaume-Uni (R.-U.), s'est propagé à l'échelle de la planète⁹ et deviendra probablement la principale cause de la COVID-19 en Ontario au cours des prochains mois.¹⁰

Le variant 501Y.V2 a d'abord été identifié en Afrique du Sud et s'est lui aussi propagé partout dans le monde.^{5,9} Des cas ont été identifiés dans plusieurs provinces au Canada,¹¹ et de multiples cas non liés aux déplacements ont été signalés en Ontario.¹² Le variant P.1 a initialement été identifié au Brésil, et des cas liés aux déplacements ont été détectés dans d'autres pays,⁹ dont plusieurs en Ontario.¹²

Alors que la pandémie se poursuit et que la surveillance des VP s'intensifie, des VP additionnels seront détectés en Ontario. Des renseignements à jour sur les VP identifiés en Ontario figurent sur la page Variants préoccupants de la COVID-19 du site de SPO.

Selon le CCPMI, il est essentiel de répondre aux questions suivantes pour comprendre les répercussions éventuelles de chaque nouveau VP :

- Le nouveau VP est-il associé à une transmissibilité accrue par rapport aux VNPSC2?
- La sensibilité des tests diagnostiques actuels au nouveau variant est-elle équivalente à leur sensibilité aux VNPSC2?
- L'infection au VP occasionne-t-elle une maladie plus grave et un taux de létalité supérieur, comparativement aux infections à VNPSC2?
- L'immunité naturelle ou vaccinale aux VNPSC2 protège-t-elle contre l'infection au VP et la maladie grave connexe?

Les données probantes relativement à ces questions évoluent rapidement. Le variant B.1.1.7, le VP sur lequel nous disposons des données les plus à jour jusqu'ici, est associé à une transmissibilité accrue. Selon les estimations, le variant B.1.1.7 VP serait de 36 % à 75 % fois plus transmissible que les VNPSC2.⁹ Au R.-U., il a fallu quelques mois seulement pour que le pourcentage des cas de COVID-19 attribuable à ce VP passe de moins de 5 % à plus de 70 %, et en fasse le variant prédominant du pays.⁹ Dans de

nombreux pays, l'émergence du variant B.1.1.7 a été associée à des augmentations rapides de la prévalence communautaire de la COVID-19 et au remplacement rapide des VNPSC2 par ce variant.¹³⁻¹⁷ Cependant, la reprise des mesures de confinement en réaction à l'émergence du variant B.1.1.7 s'est avérée efficace pour réduire la transmission en population dans plusieurs pays, y compris le R.-U.^{18,19} En janvier et février Ontario, malgré la diminution de l'incidence de la COVID-19 à la suite de la mise en œuvre des mesures de santé publique, dont une fermeture à l'échelle de la province, l'incidence des cas liés à des VP ont continué d'augmenter.¹⁰

Certains tests PCR conçus pour détecter le gène S du SRAS-CoV-2 n'y arrivent pas lorsqu'il s'agit du variant B.1.1.7. Cependant, comme ils incluent plus d'une cible, la plupart de ces tests peuvent quand même diagnostiquer la COVID-19 chez les patients aux prises avec le VP B.1.1.7. De plus, dans le cas des tests qui ne détectent pas le gène S chez les patients aux prises avec le variant B.1.1.7, la négativation de la détection du gène S peut fournir une méthode substitut d'identification du variant B.1.1.7. Au R.-U., depuis l'émergence du variant B.1.1.7, la négativation de la détection du gène S au test PCR est presque toujours attribuable à l'infection par le VP B.1.1.7 et procure une alternative rapide au séquençage génomique.^{20,21}

Selon les éléments de preuve préliminaires recueillis au R.-U., le variant B.1.1.7 pourrait être associé à une plus grande gravité de la maladie. Des données additionnelles sont cependant requises pour confirmer cette hypothèse.²² Actuellement, rien n'indique que la réinfection ou l'échec de la vaccination sont plus fréquents dans le cas du variant B.1.1.7.^{13,23,24}

Nous disposons de moins d'information relative aux variants 501Y.V2 et P.1., mais leur émergence en Afrique du Sud et au Brésil, respectivement, a été associée au remplacement des VNPSC2²⁵ et à des augmentations rapides de l'incidence de la COVID-19.²⁶ Des inquiétudes ont été soulevées quant au niveau de titres d'anticorps neutralisants produits naturellement à la suite d'une infection à VNPSC2 ou au moyen des vaccins actuels et capables d'agir contre le 501Y.V2.²⁷⁻³⁶ Certains essais menés sur des vaccins portent à croire à une réduction de l'efficacité vaccinale en Afrique du Sud après l'émergence du variant 501Y.V2, mais les données publiées sont préliminaires et non complètes.^{23,37-40} De plus, certains de ces essais et certaines données obtenues du Brésil laissent entendre que la réinfection par les variants 501Y.V2 ou P.1 est possible chez les personnes infectées une première fois par un VNPSC2.⁴¹

Bien que les trois VP soient vraisemblablement associés à une transmissibilité accrue, le mécanisme à l'origine de cette hausse de la transmissibilité n'est pas connu.^{9,42,43} Des mutations de la protéine spiculaire du virus sont présentes dans les trois variants. La protéine spiculaire permet la fixation du virus au récepteur ECA-2 des cellules humaines et la fusion de la membrane cellulaire au virus. Parmi les explications possibles de la transmissibilité accrue figurent une charge virale plus grande^{44,45} ou une période d'incubation plus courte que les VNPSC2.^{44,45} Rien n'indique que le(s) mode(s) of transmission de ces VP est (sont) différent(s) de ce qu'on observe chez les VNPSC2.

2. Recommandations relatives à la prévention et au contrôle des infections aux variants préoccupants du SRAS-CoV-2

En publiant ces lignes directrices provisoires, nous aimerions rappeler que les décisions initiales relatives à la prise en charge des patients constituant des cas présumés ou confirmés de COVID-19 devront être prises sans savoir si la personne a été infectée par un VP étant donné qu'il faudra quelques jours pour savoir quel variant spécifique pourrait être en cause et encore plus longtemps pour en obtenir la confirmation au moyen du séquençage. Dans la plupart des cas, il ne sera pas possible ni utile d'adopter des mesures de PCI particulières uniquement auprès de patients chez qui on a pu confirmer l'infection par un VP.

2.1 Dépistage, criblage et diagnostic de la COVID-19

Il y a déjà une importante transmission communautaire du variant B.1.1.7 en Ontario,¹² et ce variant deviendra probablement la principale cause de la COVID-19 dans la province au cours des prochains mois.¹⁰ La charge de morbidité attribuable aux autres VP connus est plus faible, mais pourrait aussi augmenter.¹² Plus la pandémie persiste cependant, et plus nous sommes susceptibles d'assister à l'émergence de nouveaux VP, surtout dans les secteurs à incidence élevée de COVID-19. Pour ces raisons, la vérification des déplacements récents demeure une composante importante de l'évaluation des patients atteints de la COVID-19 (bien que l'émergence locale d'un nouveau VP soit également possible). Le séquençage continu des échantillons des patients ayant ou non des antécédents de voyage sera nécessaire afin d'assurer la détection rapide de VP émergents.

On observe dans les trois VP connus de multiples mutations de la protéine spiculaire, et ce, malgré que le variant B.1.1.7 soit le seul à être associé à une négativation de la détection du gène S. Étant donné que la plupart des tests diagnostiques approuvés au Canada n'utilisent pas le gène S comme cible, ou du moins comme cible exclusive, les tests administrés actuellement peuvent servir à diagnostiquer la COVID-19 chez les patients aux prises avec un VNPS2 ou l'un quelconque des VP connus actuellement, mais dans la plupart des cas ne peuvent pas déterminer s'il s'agit d'un VNPS2 ou d'un VP. L'exactitude des tests PCR devra être réévaluée à mesure qu'émergent de nouveaux VP.

Recommandations

- 1. Les tests PCR utilisés à l'heure actuelle pour la détection de la COVID-19 peuvent continuer d'être utilisés à des fins de diagnostic malgré l'émergence des variants préoccupants B.1.1.7 et 501Y.V2 en Ontario.**
- 2. Les patients aux prises avec la COVID-9 devraient faire l'objet d'un test de criblage de la mutation 501Y et être aiguillés vers un service de séquençage génomique complet selon les critères de dépistage en laboratoire fournis par Santé publique Ontario*.**

*Santé publique Ontario a maintenant recommandé que tous les échantillons positifs fassent l'objet de tests de criblage en vue de la détection de la mutation 501Y et soient soumis au séquençage en cas de résultat positif.⁴⁶

2.2 Transfert interétablissement de patients aux prises avec un VP

Des transferts interétablissement de patients aux prises avec la COVID-19 peuvent être effectués lorsqu'ils sont nécessaires sur le plan médical (p. ex. transfert d'un patient en phase aiguë de maladie d'un foyer de soins de longue durée à un établissement de soins actifs ou transfert interétablissement d'un patient hospitalisé afin qu'il obtienne des services chirurgicaux spécialisés ou des services de soutien comme l'oxygénation par membrane extracorporelle). Dans d'autres cas, des transferts sont effectués pour réduire la pression exercée sur les hôpitaux aux prises avec des flambées de COVID-19 qui nuit à leur capacité de prodiguer des soins médicaux de qualité aux patients en raison d'une charge de cas lourde, d'éclosions ou de manque de personnel. Dans de telles situations, il est difficile de déterminer si le transfert du cas à un lieu de soins de santé plus sûr augmentera ou réduira son risque de transmission continue de la COVID-19.

Recommandations

- 3. Les transferts de patients aux prises avec la COVID-19 qui sont nécessaires sur le plan médical devraient continuer d'être effectués même si la personne est atteinte d'un VP connu.**
- 4. Dans le cas des transferts de patients visant à réduire la pression exercée sur les hôpitaux aux prises avec des flambées de COVID-19, les processus de transfert régionaux actuels, qui prévoient des discussions avec les services de PCI des hôpitaux locaux en consultation avec les responsables de la santé publique, devraient servir à déterminer le bien-fondé de procéder au transfert et les précautions à prendre relativement à la PCI. Les décisions dépendront de la connaissance du VP particulier présent, de l'épidémiologie actuelle du VP en Ontario et du statut des hôpitaux d'origine et d'accueil. Dans la plupart des cas cependant, les transferts nécessaires devraient aller de l'avant après la prise des précautions appropriées, sans accuser de délais en raison d'un manque de connaissance du type de variant présent.**

2.3 Placement du patient

Rien ne laisse croire à une association entre le variant B.1.1.7 et la réinfection ou l'échec du vaccin contre la COVID-19.^{9,13,23,24} Dans le cas du variant 501Y.V2, des données préliminaires laissent présager une réduction possible de l'efficacité du vaccin, tandis que des comptes rendus anecdotiques font part d'un risque accru de réinfection.³⁹ Le risque de réinfection au variant P.1. est également source de préoccupations.^{41,47}

Recommandations

5. Les patients aux prises avec le variant B.1.1.7 de la COVID-19 peuvent être regroupés en cohorte avec d'autres patients positifs à la COVID-19 (sauf en cas d'autres contre-indications relatives au regroupement en cohorte).
6. Les patients aux prises avec le variant B.1.1.7 de la COVID-19 peuvent être regroupés en cohorte avec des patients s'étant rétablis de la COVID-19 dans les 90 derniers jours (sauf en cas d'autres contre-indications relatives au regroupement en cohorte).
7. Il n'est pas possible pour l'instant de formuler des recommandations relatives aux autres VP. En l'absence d'information additionnelle, les patients aux prises avec un VP autre que le B.1.1.7 devraient être placés dans une chambre individuelle dans la mesure du possible.
8. Les indications relatives à l'usage des chambres d'isolement pour infections à transmission aérienne sont les mêmes pour les patients aux prises avec un VP que les patients aux prises avec un VNPSC2.

2.4 Équipement de protection individuelle

Des données indiquent que le variant B.1.1.7 est plus transmissible que les VNPSC2.^{9, 20,43,48-50} Certains sont d'avis que cela pourrait être attribuable à une charge virale accrue chez les personnes aux prises avec le variant B.1.1.7, mais les résultats sont contradictoires.^{44,45,51} Cependant, rien n'indique que le(s) mode(s) de transmission du variant B.1.1.7 ou de tout autre VP soi(en)t différent(s) ou appelé(s) à changer. En réponse à l'émergence du variant B.1.1.7, R.-U. n'a pas changé ses lignes directrices relatives à la PCI, ni ses recommandations sur l'ÉPI, qui demeurent les mêmes dans le cas du variant B.1.1.7. Malgré l'émergence de ce nouveau variant, la charge de morbidité de la COVID-19 est en baisse en milieu communautaire et hospitalier au R.-U., en raison du rétablissement des mesures de confinement.

Recommandation

9. **Aucun changement n'a été apporté aux recommandations relatives au port d'ÉPI en raison de l'émergence du VP B.1.1.7 ou d'autres VP en Ontario.**

2.5 Durée des précautions

Les données épidémiologiques et virologiques disponibles à l'heure actuelle laissent entendre que la période d'infectiosité des personnes sans immunodépression grave qui sont aux prises avec un cas léger ou modéré de COVID-19 est de moins de 10 jours dans la presque totalité des cas. La recommandation d'isoler les patients pendant 10 jours prévoit une marge de sécurité appropriée et aucun cas de transmission après l'arrêt des précautions n'a été rapporté. Rien ne donne à penser que la période d'infectiosité est plus longue pour les VP que les VNPSC2.

Recommandations

- 10. Les patients ambulatoires et hospitalisés aux prises avec un cas léger ou modéré de COVID-19, SANS immunodéficience grave, peuvent cesser de faire l'objet de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes 10 jours après la manifestation des premiers symptômes (ou après leur premier résultat positif s'ils sont asymptomatiques), tant que la fièvre a cessé et que les autres symptômes diminuent depuis au moins 24 heures.⁵²**
- 11. Les patients aux prises avec un cas grave de COVID-19 qui doivent être admis à une unité de soins intensifs en raison d'une immunodéficience grave peuvent cesser de faire l'objet de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes 20 jours après la manifestation des premiers symptômes (ou après leur premier résultat positif s'ils sont asymptomatiques et immunodéprimés), tant que la fièvre a cessé et que leur état clinique s'améliore depuis au moins 24 heures.⁵²**

2.6 Autres mesures de PCI

Les lieux de soins de santé doivent veiller à ce que toutes les mesures essentielles de contrôle des VNPSC2 soient en place ou mise en œuvre immédiatement, ou le risque de transmission nosocomiale et d'éclosions de VP sera considérable. Une attention constante doit être portée aux mesures de base, y compris le port approprié d'ÉPI, l'hygiène des mains, la distanciation physique et le nettoyage environnemental. Il est également critique de sensibiliser le personnel aux pratiques de base, précautions supplémentaires et politiques et procédures relatives à la COVID-19, et de leur fournir une formation connexe.

Les suggestions qui suivent ont trait à des mesures de PCI qu'il est important d'adopter pour réduire la transmission nosocomiale de la COVID-19, mais qui sont souvent mises en œuvre de façon incomplète. Or, ces mesures sont encore plus nécessaires pour prévenir la transmission nosocomiale depuis l'émergence de VP.

Les salles de repos et autres lieux de convergence du personnel pour consommer des aliments et des boissons font partie des zones couramment négligées auquel on associe un risque considérable de transmission de la COVID-19. Une grande attention devrait être portée aux aires de repos pour veiller à ce que les membres du personnel y disposent de l'espace requis pour maintenir une distance physique d'au moins deux mètres et y pratiquent la distanciation physique en tout temps, surtout au moment de retirer leur masque pour consommer des aliments ou des boissons. Les membres du personnel devraient retirer leur masque le moins souvent et longtemps possible, même dans les salles de repos où ils devraient le porter lorsqu'ils ne consomment pas d'aliments ou de boissons. Ils devraient aussi jeter leurs écrans faciaux non réutilisables avant d'entrer dans les salles de repos. Les écrans faciaux réutilisables devraient être nettoyés, désinfectés et conservés de la façon sécuritaire appropriée avant la consommation d'aliments ou de boissons; ils ne devraient jamais être déposés sur des surfaces où sont conservés des aliments ou des boissons.

Étant donné sa durée et la charge de travail qu'elle occasionne en matière de soins de santé, la pandémie peut créer l'épuisement.

Le déclin du nombre de cas en Ontario, jumelé à l'émergence de VP, marque une période dangereuse en Ontario durant laquelle l'assouplissement des pratiques de PCI pourrait favoriser la transmission nosocomiale de la COVID-19. La sensibilisation continue et la vérification périodique des pratiques peuvent être utiles pour assurer le respect des mesures exemplaires. Dans les zones à risque élevé où les pratiques du personnel sont systématiquement mauvaises malgré qu'on y offre couramment des soins à des patients aux prises avec la COVID-19 (p. ex. unités de soins intensifs ou salles des urgences d'hôpitaux de soins actifs, unités de soins des patients aux prises avec la COVID-19 d'hôpitaux de soins actifs ou d'hôpitaux de soins continus complexes/réadaptation, ou établissements aux prises avec une éclosion), l'emploi d'un moniteur de sécurité (c.-à-d. personne formée par le service de PCI afin d'observer les pratiques de PCI appliquées, y compris le choix et l'utilisation de l'ÉPI et les techniques utilisées pour le mettre et l'enlever, le port systématique du masque, l'hygiène des mains et la distanciation physique) peut améliorer considérablement les pratiques.

Le port universel du masque est une mesure de PCI qui s'est avérée particulièrement efficace pour prévenir la transmission des VNPSC2. Bien que tous les établissements de soins de santé de l'Ontario exigent le port universel du masque chez leurs employés, les pratiques de port du masque parmi les patients peuvent varier davantage. Lorsque cela est possible, le port du masque par les patients peut constituer une stratégie utile de réduction du risque de transmission du SRAS-CoV-2. Compte tenu du fait que le port du masque par certaines populations de patients peut se révéler difficile (p. ex. patients aux prises avec une démence, un trouble psychique ou une hypoxie modérée à grave, ou patients des services pédiatriques), des patients ne devraient pas se voir refuser des soins en raison d'une incapacité de porter un masque. Cependant, ces cas sont rares et la plupart des patients sont en mesure de porter un masque.

Dans le cas du port universel du masque, les travailleurs de la santé et les patients devraient porter un masque de grandeur appropriée qui couvre complètement la bouche, le nez et le menton et qui reste en place sans avoir constamment besoin d'être repositionné.

Les établissements de santé et les fournisseurs de soins de santé devraient fournir un masque médical aux patients qui n'ont pas leur propre masque. Comme il peut être difficile de déterminer si les masques en tissu portés par les patients sont conformes aux recommandations sur la conception acceptable de masques,⁵³ certains établissements de santé et fournisseurs de soins peuvent choisir d'offrir des masques médicaux aux patients en remplacement de leurs masques personnels.

Recommandations

- 12. Des mesures de base doivent être prises pour prévenir la transmission nosocomiale de la COVID-19 en milieu de soins, y compris le port universel du masque, la distanciation physique et l'hygiène des mains.**
- 13. Les fournisseurs de soins de santé doivent avoir des aires de repos suffisantes pour consommer de la nourriture et des boissons en toute sécurité, et des protocoles doivent avoir été adoptés pour**

éviter les attroupements dans ces aires et y assurer la distanciation physique appropriée et le port du masque.

14. Les lieux de soins devraient songer à retenir les services d'un moniteur de sécurité dans les zones à risque élevé où les pratiques du personnel ne sont pas uniformes malgré qu'on y offre régulièrement des soins à des patients chez qui on soupçonne ou a confirmé la présence de la COVID-19.
15. Les lieux de soins de santé devraient s'assurer que les patients portent un masque (à moins de contre-indications ou d'incapacité de porter de masque) dans toutes les situations suivantes en tout temps, sauf lorsqu'ils doivent le retirer brièvement pour à des fins cliniques (p. ex. examen bucco-dentaire ou écouvillonnage du nasopharynx) :
 - a. lorsque des fournisseurs de soins leur rendent visite à la maison;
 - b. dans tous les locaux d'un établissement de soins en consultation externe, y compris les salles d'examen;
 - c. dans tous les locaux d'un hôpital de soins actifs, sauf dans la chambre du patient (voir ci-après).
16. Les hôpitaux de soins actifs devraient également songer à prendre les mesures suivantes dans les aires de soins aux patients hospitalisés :
 - a. faire en sorte que les patients portent un masque dans leur chambre quand des fournisseurs de soins de santé sont présents ou se trouvent à moins de deux mètres d'eux;
 - b. faire en sorte que les patients portent un masque dans les chambres à plusieurs lits s'ils peuvent se déplacer seuls et pourraient s'approcher à moins de deux mètres d'autres patients.
17. Dans beaucoup de foyers de soins de longue durée, le port du masque par les résidents pourrait ne pas être possible. Cependant, lorsque les résidents le désirent, le demandent et en sont capables, le port convenable du masque à l'extérieur de la chambre devrait être rendu possible.
18. Le nombre de visiteurs admis dans les lieux de soins de santé devrait être réduit conformément aux politiques de la province et de l'établissement.⁵⁴ Les visiteurs essentiels devraient porter un masque en tout temps à l'intérieur du lieu de soins, y compris à l'intérieur des chambres de patients.^{55,56}
19. Les lieux de soins qui s'attendent à ce que les patients portent un masque devraient procurer aux patients un masque médical.

2.7 Nettoyage de l'environnement

Le nettoyage efficace de l'environnement est nécessaire pour réduire le risque de transmission du SRAS-CoV-2, et ce, même si la transmission indirecte par contact avec des surfaces et du matériel contaminé n'est pas considérée comme le mode principal de transmission du virus.⁵⁷ Le SRAS-CoV-2 ne survit pas

pendant de longues périodes sur la plupart des surfaces et est rendu inactif par les désinfectants de qualité hospitalière au moment du nettoyage de base. Les lieux de soins devraient suivre les [*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*](#) du CCPMI.⁵⁸

Recommandations

20. Les établissements de soins de santé devraient disposer des ressources nécessaires en matière de nettoyage de l'environnement pour assurer le maintien d'un environnement propre et sûr, et devraient avoir adopté les protocoles requis en matière de nettoyage et de désinfection de base, ainsi que de nettoyage et désinfection des environnements de patients aux prises avec la COVID-19.
21. Les [*protocoles de nettoyage de l'environnement*](#) adoptés auprès des patients aux prises avec une infection confirmée à VP demeurent les mêmes que les protocoles adoptés auprès des patients aux prises avec le VNPSC2.⁵⁹

2.8 Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement de l'air

La transmission du SRAS-CoV-2 se produit principalement lors d'une exposition non protégée des muqueuses à des gouttelettes respiratoires. Les contacts directs et indirects pourraient également jouer un rôle moindre dans la transmission de la maladie, tandis que la transmission par l'entremise de petites particules respiratoires ou d'aérosols est possible sous certaines conditions, y compris lors d'interventions médicales générant des aérosols (IMGGA) ou durant une exposition prolongée dans des salles mal ventilées.⁵⁷

Recommandation

22. Tous les établissements de soins de santé devraient passer en revue leurs systèmes CVC et veiller à ce qu'ils respectent la norme CSA Z317.2:F19 ou les autres règlements relatifs à leur type d'établissement.⁶⁰

2.9 Gestion des éclosions de VP

Les lignes directrices relatives à la gestion des éclosions dans les lieux de soins actifs et de soins de longue durée devraient être semblables, qu'il s'agisse de VP ou de VNPSC2. Il est cependant approprié d'adopter des mesures d'isolement plus strictes dans le cas des nouveaux variants qui ne sont pas encore répandus en Ontario, et plus particulièrement des variants auxquels on associe la capacité de contourner la réponse immunitaire ou de mieux résister aux vaccins. À l'heure actuelle, cela inclurait les éclosions des trois VP. Cependant, si les données en viennent à confirmer la transmission locale à

grande échelle du variant B.1.1.7, de telles mesures pourraient ne plus être appropriées dans le cas de ce variant. Il convient toujours de consulter des experts de la PCI et de la santé publique en cas d'éclosion d'un VP, et surtout d'un VP nouveau ou peu connu.

En cas d'éclosion d'un VP à transmissibilité élevée ou d'intervalle de série réduit,²⁰ l'infection peut se propager rapidement dans l'établissement. C'est pourquoi il est essentiel de procéder fréquemment à l'évaluation des symptômes et au dépistage en laboratoire de la COVID-19 chez les patients et les membres du personnel.

Recommandations

- 23. La présence d'un seul cas possible d'infection nosocomiale à un VP soupçonné ou confirmé devrait déclencher l'administration immédiate d'un test de dépistage à tous les patients et membres du personnel de la zone touchée.**
- 24. Les établissements frappés d'une éclosion de VP devraient consulter des experts de la PCI et de la santé publique, surtout s'il s'agit de nouveaux VP ou de VP encore peu présents en Ontario.**
- 25. Dès qu'on prend conscience d'une éclosion de COVID-19 au sein d'un établissement de soins de santé, il est recommandé de soumettre à un test d'un à trois cas de COVID-19 afin de vérifier la présence de VP*.**
- 26. Dans le cas d'éclosions de VP ou d'éclosions à croissance rapide pour lesquelles les résultats de tests de détection des VP ne sont pas encore disponibles, tous les patients et membres du personnel devraient fréquemment faire l'objet de tests de dépistage de la COVID-19 (p. ex. tous les trois à cinq jours) et leurs échantillons devraient être traités en priorité pour veiller à l'obtention rapide de résultats afin d'orienter la gestion de l'éclosion.**
- 27. La recherche rapide des contacts en aval et en amont doit être effectuée rapidement pour toutes les éclosions de COVID-19, en collaboration avec les services de la PCI, de la santé et sécurité au travail, et de la santé publique de l'établissement (le cas échéant), ou les responsables locaux de la santé publique lorsque l'établissement ne dispose pas de ressources internes adéquates de PCI ou de santé et sécurité au travail.**
- 28. En cas d'éclosions de la COVID-9 ou d'autres virus respiratoires, il est recommandé de cesser les admissions aux unités touchées, d'éviter tout transfert non essentiel de patients de ces unités et de limiter l'accès du personnel des unités touchées à ces unités, surtout lorsque l'éclosion est attribuée à un VP émergent.**

*Santé publique Ontario a maintenant recommandé que tous les échantillons positifs fassent l'objet de tests de criblage en vue de la détection de la mutation 501Y et soient soumis au séquençage en cas de résultat positif.⁴⁶

Annexe A : Résumé des recommandations

1. Les tests PCR utilisés à l'heure actuelle pour la détection de la COVID-19 peuvent continuer d'être utilisés à des fins de diagnostic malgré l'émergence des variants préoccupants B.1.1.7 et 501Y.V2 en Ontario.
2. Les patients aux prises avec la COVID-19 devraient faire l'objet d'un test de criblage de la mutation 501Y et être aiguillés vers un service de séquençage génomique complet selon les critères de dépistage en laboratoire fournis par Santé publique Ontario*.
3. Les transferts de patients aux prises avec la COVID-19 qui sont nécessaires sur le plan médical devraient continuer d'être effectués même si la personne est atteinte d'un VP connu.
4. Dans le cas des transferts de patients visant à réduire la pression exercée sur les hôpitaux aux prises avec des flambées de COVID-19, les processus de transfert régionaux actuels, qui prévoient des discussions avec les services de PCI des hôpitaux locaux en consultation avec les responsables de la santé publique, devraient servir à déterminer le bien-fondé de procéder au transfert et les précautions à prendre relativement à la PCI. Les décisions dépendront de la connaissance du VP particulier présent, de l'épidémiologie actuelle du VP en Ontario et du statut des hôpitaux d'origine et d'accueil. Dans la plupart des cas cependant, les transferts nécessaires devraient aller de l'avant après la prise des précautions appropriées, sans accuser de délais en raison d'un manque de connaissance du type de variant présent.
5. Les patients aux prises avec le variant B.1.1.7 de la COVID-19 peuvent être regroupés en cohorte avec d'autres patients positifs à la COVID-19 (sauf en cas d'autres contre-indications relatives au regroupement en cohorte).
6. Les patients aux prises avec le variant B.1.1.7 de la COVID-19 peuvent être regroupés en cohorte avec des patients s'étant rétablis de la COVID-19 dans les 90 derniers jours (sauf en cas d'autres contre-indications relatives au regroupement en cohorte).
7. Il n'est pas possible pour l'instant de formuler des recommandations relatives aux autres VP. En l'absence d'information additionnelle, les patients aux prises avec un VP autre que le B.1.1.7 devraient être placés dans une chambre individuelle dans la mesure du possible.
8. Les indications relatives à l'usage des chambres d'isolement pour infections à transmission aérienne sont les mêmes pour les patients aux prises avec un VP que les patients aux prises avec un VNPS2.
9. Aucun changement n'a été apporté aux recommandations relatives au port d'ÉPI en raison de l'émergence du VP B.1.1.7 ou d'autres VP en Ontario.

10. Les patients ambulatoires et hospitalisés aux prises avec un cas léger ou modéré de COVID-19, SANS immunodéficience grave, peuvent cesser de faire l'objet de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes 10 jours après la manifestation des premiers symptômes (ou après leur premier résultat positif s'ils sont asymptomatiques), tant que la fièvre a cessé et que les autres symptômes diminuent depuis au moins 24 heures.⁵²
11. Les patients aux prises avec un cas grave de COVID-19 qui doivent être admis à une unité de soins intensifs en raison d'une immunodéficience grave peuvent cesser de faire l'objet de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes 20 jours après la manifestation des premiers symptômes (ou après leur premier résultat positif s'ils sont asymptomatiques et immunodéprimés), tant que la fièvre a cessé et que leur état clinique s'améliore depuis au moins 24 heures.⁵²
12. Des mesures de base doivent être prises pour prévenir la transmission nosocomiale de la COVID-19, y compris le port universel du masque, la distanciation physique et l'hygiène des mains.
13. Les fournisseurs de soins de santé doivent avoir des aires de repos suffisantes pour consommer de la nourriture et des boissons en toute sécurité, et des protocoles doivent avoir été adoptés pour éviter les attroupements dans ces aires et y assurer la distanciation physique appropriée et le port du masque.
14. Les lieux de soins devraient songer à retenir les services d'un moniteur de sécurité dans les zones à risque élevé où les pratiques du personnel ne sont pas uniformes malgré qu'on y offre régulièrement des soins à des patients chez qui on soupçonne ou a confirmé la présence de la COVID-19.
15. Les lieux de soins de santé devraient s'assurer que les patients portent un masque (à moins de contre-indications ou d'incapacité de porter de masque) dans toutes les situations suivantes en tout temps, sauf lorsqu'ils doivent le retirer brièvement pour à des fins cliniques (p. ex. examen bucco-dentaire ou écouvillonnage du nasopharynx) :
 - a. lorsque des fournisseurs de soins leur rendent visite à la maison;
 - b. dans tous les locaux d'un établissement de soins en consultation externe, y compris les salles d'examen;
 - c. dans tous les locaux d'un hôpital de soins actifs, sauf dans la chambre du patient (voir ci-après).
16. Les hôpitaux de soins actifs devraient également songer à prendre les mesures suivantes dans les aires de soins aux patients hospitalisés :
 - a. faire en sorte que les patients portent un masque dans leur chambre quand des fournisseurs de soins de santé sont présents ou se trouvent à moins de deux mètres d'eux;
 - b. faire en sorte que les patients portent un masque dans les chambres à plusieurs lits s'ils peuvent se déplacer seuls et pourraient s'approcher à moins de deux mètres d'autres patients.

17. Dans beaucoup de foyers de soins de longue durée, le port du masque par les résidents pourrait ne pas être possible. Cependant, lorsque les résidents le désirent, le demandent et en sont capables, le port convenable du masque à l'extérieur de la chambre devrait être rendu possible.
18. Le nombre de visiteurs admis dans les lieux de soins de santé devrait être réduit conformément aux politiques de la province et de l'établissement.⁵⁴ Les visiteurs essentiels devraient porter un masque en tout temps à l'intérieur du lieu de soins, y compris à l'intérieur des chambres de patients.^{55,56}
19. Les lieux de soins qui s'attendent à ce que les patients portent un masque devraient procurer aux patients un masque médical.
20. Les établissements de soins de santé devraient disposer des ressources nécessaires en matière de nettoyage de l'environnement pour assurer le maintien d'un environnement propre et sûr, et devraient avoir adopté les protocoles requis en matière de nettoyage et de désinfection de base, ainsi que de nettoyage et désinfection des environnements de patients aux prises avec la COVID-19.
21. Les protocoles de nettoyage de l'environnement adoptés auprès des patients aux prises avec une infection confirmée à VP demeurent les mêmes que les protocoles adoptés auprès des patients aux prises avec le VNPS2.⁵⁹
22. Tous les établissements de soins de santé devraient passer en revue leurs systèmes CVC et veiller à ce qu'ils respectent la norme CSA Z317.2:F19 ou les autres règlements relatifs à leur type d'établissement.⁶⁰
23. La présence d'un seul cas possible d'infection nosocomiale à un VP soupçonné ou confirmé devrait déclencher l'administration immédiate d'un test de dépistage à tous les patients et membres du personnel de la zone touchée.
24. Les établissements frappés d'une écloison de VP devraient consulter des experts de la PCI et de la santé publique, surtout s'il s'agit de nouveaux VP ou de VP encore peu présents en Ontario.
25. Dès qu'on prend conscience d'une écloison de COVID-19 au sein d'un établissement de soins de santé, il est recommandé de soumettre à un test d'un à trois cas de COVID-19 afin de vérifier la présence de VP*.
26. Dans le cas d'écloisions de VP ou d'écloisions à croissance rapide pour lesquelles les résultats de tests de détection des VP ne sont pas encore disponibles, tous les patients et membres du personnel devraient fréquemment faire l'objet de tests de dépistage de la COVID-19 (p. ex. tous les trois à cinq jours) et leurs échantillons devraient être traités en priorité pour veiller à l'obtention rapide de résultats afin d'orienter la gestion de l'écloison.
27. La recherche rapide des contacts en aval et en amont doit être effectuée rapidement pour toutes les écloisions de COVID-19, en collaboration avec les services de la PCI, de la santé et sécurité au travail, et de la santé publique de l'établissement (le cas échéant), ou les responsables locaux de la santé

publique lorsque l'établissement ne dispose pas de ressources internes adéquates de PCI ou de santé et sécurité au travail.

28. En cas d'éclotions de la COVID-9 ou d'autres virus respiratoires, il est recommandé de cesser les admissions aux unités touchées, d'éviter tout transfert non essentiel de patients de ces unités et de limiter l'accès du personnel des unités touchées à ces unités, surtout lorsque l'éclotion est attribuée à un VP émergent.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. COVID-19 weekly epidemiological update: 25 February 2021: special edition: proposed working definitions of SARS-CoV-2 variants of interest and variants of concern [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021 [cité le 1^{er} mars 2021]. Disponible à : https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20210225-weekly-epi-update-voc-special-edition.pdf?sfvrsn=1eacfa47_7&download=true
2. 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 éd. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf?la=fr>
3. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Tendances de l'incidence de la COVID-19 en Ontario [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 1^{er} février 2021]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-epi-trends-incidence-ontario.pdf?la=fr>
4. Organisation mondiale de la Santé. À l'occasion d'un forum organisé par l'OMS, des scientifiques du monde entier intensifient leurs efforts de recherche sur les variants du SARS-CoV-2 [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021 [cité le 20 janvier 2021]. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news/item/12-01-2021-global-scientists-double-down-on-sars-cov-2-variants-research-at-who-hosted-forum>
5. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Ce que nous savons jusqu'à présent sur... le variant préoccupant de la COVID-19 B.1.351 (501Y.V2) [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 22 février 2021]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/02/wwksf-covid-19-b1351501yv2-variant-of-concern.pdf?la=fr>
6. O'Toole Á, Hill V. PANGO lineages: P.1 report [Internet]. Edinburgh: SARS-CoV-2 lineages; 2021 [cité le 1^{er} février 2021]. Disponible à : https://cov-lineages.org/global_report_P.1.html
7. Zhang W, Davis BD, Chen SS, Sincuir Martinez JM, Plummer JT, Vail E. Emergence of a novel SARS-CoV-2 variant in Southern California. JAMA. 2021 Feb 11 [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jama.2021.1612>
8. Public Health England. Variants: distribution of cases data: variants of concern or under investigation: data up to 17 February 2021 [Internet]. London: Crown Copyright; 2021 [modifié le 18 février 2021; cité le 22 février 2021]. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-variants-genomically-confirmed-case-numbers/variants-distribution-of-cases-data>
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA -- first update: 21 January 2021 [Internet]. Stockholm: European

Centre for Disease Prevention and Control; 2021 [cité le 7 février 2021]. Disponible à : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-risk-related-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA-first-update.pdf>

10. Ontario COVID-19 Science Advisory Table. Le point sur les projections relatives à la COVID-19 Groupe pour le consensus en matière de modélisation et de conseils scientifiques [Internet]. Toronto, ON: École de santé publique Dalla Lana; 2021 [cité le 11 février 2021]. [Disponible à : https://covid19-sciencetable.ca/wp-content/uploads/2021/02/Update-on-COVID-19-Projections_February-11-2021_French-1.pdf](https://covid19-sciencetable.ca/wp-content/uploads/2021/02/Update-on-COVID-19-Projections_February-11-2021_French-1.pdf)
11. Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) : Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie [Internet]. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2021 [cité le 5 mars 2021]. Disponible à : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html#VOC>
12. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Résumé épidémiologique : Cas de COVID-19 en Ontario - du 15 janvier 2020 au 27 février 2021. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021.
13. Public Health England. Investigation of novel SARS-CoV-2 variant: variant of concern 202012/01: technical briefing 4 [Internet]. London: Crown Copyright; 2021 [cité le 20 janvier 2021]. Disponible à : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/952490/Variant_of_Concern_VOC_202012_01_Technical_Briefing_4_England.pdf
14. [Washington NL, Gangavarapu K, Zeller M, Bolze A, Cirulli ET, Schiabor Barrett KM, et al. Genomic epidemiology identifies emergence and rapid transmission of SARS-CoV-2 B.1.1.7 in the United States. medRxiv 21251159 \[Prépublication\]. 2021 Feb 07 \[cité le 22 février 2021\]. Disponible à : https://doi.org/10.1101/2021.02.06.21251159](https://doi.org/10.1101/2021.02.06.21251159)
15. Borges V, Sousa C, Menezes L, Gonçalves AM, Picão M, Almeida JP, et al. Tracking SARS-CoV-2 VOC 202012/01 (lineage B.1.1.7) dissemination in Portugal: insights from nationwide RT-PCR spike gene drop out data. Virological.org [Prépublication]. 2021 Jan 19 [cité le 9 février 2021]. Disponible à : <https://virological.org/t/tracking-sars-cov-2-voc-202012-01-lineage-b-1-1-7-dissemination-in-portugal-insights-from-nationwide-rt-pcr-spike-gene-drop-out-data/600>
16. Younes M, Hamze K, Nassar H, Makki M, Ghadar M, Nguewa P, et al. Emergence and fast spread of B.1.1.7 lineage in Lebanon. medRxiv 21249974 [Prépublication]. 2021 Jan 26 [cité le 9 février 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.01.25.21249974>
17. Brown KA, Gubbay J, Hopkins J, Patel S, Buchan SA, Daneman N, et al. Rapid rise of S-gene target failure and the UK variant B.1.1.7 among COVID-19 isolates in the Greater Toronto Area, Canada. medRxiv 21251225 [Prépublication]. 2021 Feb 12 [cité le 14 février 2021]. Disponible à <https://doi.org/10.1101/2021.02.09.21251225>
18. Ontario COVID-19 Science Advisory Table. Le point sur les projections relatives à la COVID-19 : Groupe pour le consensus en matière de modélisation et de conseils scientifiques [Internet]. Toronto, ON: École de santé publique Dalla Lana; 2021 [cité le 30 janvier 2021]. Disponible à :

https://covid19-sciencetable.ca/wp-content/uploads/2021/01/Update-on-COVID-19-Projections_20210128_French-2.pdf

19. Graham MS, Sudre CH, May A, Antonelli M, Murray B, Varsavsky T, et al. The effect of SARS-CoV-2 variant B.1.1.7 on symptomatology, re-infection and transmissibility. medRxiv 21250680 [Prépublication]. 2021 Jan 29 [cité le 8 février 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.01.28.21250680>
20. New and Emerging Respiratory Virus Threats Advisory Group (NERVTAG). NERVTAG/SPI-M extraordinary meeting on SARS-CoV-2 variant of concern 202012/01 (variant B.1.1.7) [Internet]. London: Crown Copyright; 2020 [cité le 20 janvier 2021]. Disponible à : <https://app.box.com/s/3lkcbxepqixkg4mv640dpvvg978ixjtf/file/756964987830>
21. Public Health England. Investigation of novel SARS-CoV-2 variant: variant of concern 202012/01: technical briefing 3 [Internet]. London: Crown Copyright; 2021 [cité le 29 janvier 2021]. Disponible à : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/950823/Variant_of_Concern_VOC_202012_01_Technical_Briefing_3_-_England.pdf
22. New and Emerging Respiratory Virus Threats Advisory Group (NERVTAG). NERVTAG: update note on B.1.1.7 severity, 11 February 2021 [Internet]. London: Crown Copyright; 2021 [cité le 22 février 2021]. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/nervtag-update-note-on-b117-severity-11-february-2021>
23. Wu K, Werner AP, Moliva JI, Koch M, Choi A, Stewart-Jones GBE, et al. mRNA-1273 vaccine induces neutralizing antibodies against spike mutants from global SARS-CoV-2 variants. bioRxiv 427948 [Prépublication]. 2021 Jan 25 [cité le 7 février 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.01.25.427948>
24. Muik A, Wallisch A-K, Sängler B, Swanson KA, Mühl J, Chen W, et al. Neutralization of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 pseudovirus by BNT162b2 vaccine-elicited human sera. Science;371(6534):1152-3. Disponible à : <https://doi.org/10.1126/science.abg6105>
25. Organisation mondiale de la Santé. Variants du SARS-CoV-2 [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 [cité le 28 janvier 2021]. Disponible à : <https://www.who.int/csr/don/31-december-2020-sars-cov2-variants/fr/>
26. Pan American Health Organization/World Health Organization. Epidemiological update: variants of SARS-CoV-2 in the Americas: 26 January 2021 [Internet]. Washington, DC: PAHO/WHO; 2021 [cité le 29 janvier 2021]. Disponible à : <https://www.paho.org/en/file/81085/download?token=iVEppahk>
27. Cele S, Gazy I, Jackson L, Hwa S-H, Tegally H, Lustig G, et al. Escape of SARS-CoV-2 501Y.V2 variants from neutralization by convalescent plasma. medRxiv 21250224 [Prépublication]. 2021 Feb 27 [cité le 1^{er} mars 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.01.26.21250224>
28. Diamond M, Chen R, Xie X, Case J, Zhang X, VanBlargan L, et al. SARS-CoV-2 variants show resistance to neutralization by many monoclonal and serum-derived polyclonal antibodies. Res Sq 228079 [Prépublication]. 2021 Feb 10 [cité le 1^{er} mars 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-228079/v1>

29. Edara VV, Floyd K, Lai L, Gardner M, Hudson W, Piantadosi A, et al. Infection and mRNA-1273 vaccine antibodies neutralize SARS-CoV-2 UK variant. medRxiv 21250799 [Prépublication]. 2021 Feb 05 [cité le 1^{er} mars 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.02.02.21250799>
30. Garcia-Beltran WF, Lam EC, St. Denis K, Nitido AD, Garcia ZH, Hauser BM, et al. Circulating SARS-CoV-2 variants escape neutralization by vaccine-induced humoral immunity. medRxiv 21251704 [Prépublication]. 2021 Feb 18 [cité le 1^{er} mars 2021] 01]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.02.14.21251704>
31. Hoffmann M, Arora P, Groß R, Seidel A, Hörnich B, Hahn A, et al. SARS-CoV-2 variants B.1.351 and B.1.1.248: escape from therapeutic antibodies and antibodies induced by infection and vaccination. bioRxiv 430787 [Prépublication]. 2021 Feb 11 [cité le 1^{er} mars 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.02.11.430787>
32. Li R, Ma X, Deng J, Chen Q, Liu W, Peng Z, et al. Differential efficiencies to neutralize the novel mutants B.1.1.7 and 501Y.V2 by collected sera from convalescent COVID-19 patients and RBD nanoparticle-vaccinated rhesus macaques. Cell Mol Immunol. 2021 Feb 12 [Diffusion en ligne avant impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/s41423-021-00641-8>
33. Liu Y, Liu J, Xia H, Zhang X, Fontes-Garfias CR, Swanson KA, et al. Neutralizing activity of BNT162b2-elicited serum. N Engl J Med. 2021 Mar 08 [Diffusion en ligne avant impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1056/NEJMc2102017>
34. Madhi SA, Baillie VL, Cutland CL, Voysey M, Koen AL, Fairlie L, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) covid-19 vaccine against the B.1.351 variant in South Africa. medRxiv 21251247 [Prépublication]. 2021 Feb 12 [cité le 1^{er} mars 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251247>
35. Stamatatos L, Czartoski J, Wan Y-H, Homad LJ, Rubin V, Glantz H, et al. A single mRNA immunization boosts cross-variant neutralizing antibodies elicited by SARS-CoV-2 infection. medRxiv 21251182 [Prépublication]. 2021 Mar 10 [cité le 1^{er} mars 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.02.05.21251182>
36. Wang P, Nair MS, Liu L, Iketani S, Luo Y, Guo Y, et al. Antibody resistance of SARS-CoV-2 variants B.1.351 and B.1.1.7. bioRxiv 428137 [Prépublication]. 2021 Feb. 12 [cité le 16 février 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.01.25.428137>
37. Novavax. Novavax COVID-19 vaccine demonstrates 89.3% efficacy in UK phase 3 trial [Internet]. Gaithersburg, MD: Novavax; 2021 [cité le 7 février 2021]. Disponible à : <https://ir.novavax.com/news-releases/news-release-details/novavax-covid-19-vaccine-demonstrates-893-efficacy-uk-phase-3>
38. Johnson & Johnson. Johnson & Johnson announces single-shot Janssen COVID-19 vaccine candidate met primary endpoints in interim analysis of its phase 3 ENSEMBLE trial [Internet]. New Brunswick, NJ: Johnson & Johnson Services, Inc; 2021 Jan 29 [cité le 29 janvier 2021]. Disponible à : <https://www.jnj.com/johnson-johnson-announces-single-shot-janssen-covid-19-vaccine-candidate-met-primary-endpoints-in-interim-analysis-of-its-phase-3-ensemble-trial>

39. Wibmer CK, Ayres F, Hermanus T, Madzivhandila M, Kgagudi P, Oosthuysen B, et al. SARS-CoV-2 501Y.V2 escapes neutralization by South African COVID-19 donor plasma. *Nat Med*. 2021 Mar 02 [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01285-x>
40. Mahase E. Covid-19: Novavax vaccine efficacy is 86% against UK variant and 60% against South African variant. *BMJ*. 2021;372:n296. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmj.n296>
41. Sabino EC, Buss LF, Carvalho MPS, Prete CA, Crispim MAE, Fraiji NA, et al. Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. *Lancet*. 2021;397(10273):452-5. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00183-5)
42. Environmental Modelling Group (EMG), Scientific Pandemic Insights Group on Behaviours (SPI-B), Transmission Group (TWEG). Mitigations to reduce transmission of the new variant SARS-CoV-2 virus: SAGE-EMG, SPI-B, Transmission Group, 23 Dec 2020 [Internet]. London: Crown Copyright; 2020 [cité le 19 janvier 2021]. Disponible à : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/948607/s0995-mitigations-to-reduce-transmission-of-the-new-variant.pdf
43. New and Emerging Respiratory Virus Threats Advisory Group (NERVTAG). NERVTAG meeting on SARS-CoV-2 variant under investigation VUI-202012/02 [Internet]. London: Crown Copyright; 2020 [cité le 6 février 2021]. Disponible à : <https://app.box.com/s/3lkcbxepqixkg4mv640dpvvg978ixjtf/file/756963730457>
44. Golubchik T, Lythgoe KA, Hall M, Ferretti L, Fryer HR, MacIntyre-Cockett G, et al. Early analysis of a potential link between viral load and the N501Y mutation in the SARS-COV-2 spike protein. medRxiv 20249080 [Prépublication]. 2021 Jan 15 [cité le 7 février 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.01.12.20249080>
45. Kidd M, Richter A, Best A, Cumley N, Mirza J, Percival B, et al. S-variant SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 is associated with significantly higher viral loads in samples tested by ThermoFisher TaqPath RT-QPCR. *J Infect Dis*. 2021 Feb 13 [Diffusion en ligne avant l'impression] Disponible à : <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab082>
46. Cabinet du premier ministre de l'Ontario. L'Ontario prend des mesures immédiates pour faire face aux variants de la COVID-19 [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 1^{er} février 2021]. Disponible à : <https://news.ontario.ca/fr/backgrounder/60173/lontario-prend-des-mesures-immediates-pour-faire-face-aux-variants-de-la-covid-19>
47. Naveca F, da Costa C, Nascimento V, Souza V, Corado A, Nascimento F, et al. SARS-CoV-2 reinfection by the new variant of concern (VOC) P.1 in Amazonas, Brazil. *Virological.org* [Prépublication]. 2021 Jan 18 [cité le 25 janvier 2021]. Disponible à : <https://virological.org/t/sars-cov-2-reinfection-by-the-new-variant-of-concern-voc-p-1-in-amazonas-brazil/596>
48. Vöhringer H, Sinnott M, Amato R, Martincorena I, Kwiatkowski D, Barrett JC, et al. Lineage-specific growth of SARS-CoV-2 B.1.1.7 during the English national lockdown. *Virological.org* [Prépublication]. 2020 Dec 30 [cité le 25 janvier 2021]. Disponible à : <https://virological.org/t/lineage-specific-growth-of-sars-cov-2-b-1-1-7-during-the-english-national-lockdown/575>

49. Leung K, Shum MH, Leung GM, Lam TT, Wu JT. Early transmissibility assessment of the N501Y mutant strains of SARS-CoV-2 in the United Kingdom, October to November 2020. *Euro Surveill.* 2021;26(1):2002106. Disponible à : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.26.1.2002106>
50. Davies NG, Abbott S, Barnard RC, Jarvis CI, Kucharski AJ, Munday J, et al. Estimated transmissibility and impact of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. *Science.* 2021 Mar 03 [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1126/science.abg3055>
51. Walker AS, Vihta K-D, Gethings O, Pritchard E, Jones J, House T, et al. Increased infections, but not viral burden, with a new SARS-CoV-2 variant. medRxiv 21249721 [Prépublication]. 2021 Jan 15 [cité le 1^{er} février 2021]. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2021.01.13.21249721>
52. Ontario. Ministère de la Santé. COVID-19 – Aide-mémoire des conseils de la Santé publique concernant les tests et les congés [Internet]. Version 13.0. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [modifié le 5 mars 2021; cité le 10 mars 2021]. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_clearing_cases_guidance.pdf
53. Gouvernement du Canada. Masques non médicaux : À propos [Internet]. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2021 [modifié le 11 février 2021; cité le 5 mars 2021]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/prevention-risques/a-propos-masques-couvre-visage-non-medicaux.html>
54. Ontario. Ministère des Soins de longue durée. COVID-19 : visite d'un foyer de soins de longue durée [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [modifié le 29 décembre 2020; cité le 30 janvier 2021]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/covid-19-visite-foyer-de-soins-de-longue-duree#section-3>
55. Ontario. Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario; ministère de la Santé; ministère des Soins de longue durée. COVID-19 - Directive n° 5 à l'intention des hôpitaux au sens de la Loi sur les hôpitaux publics et des foyers de soins de longue durée au sens de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée diffusée en vertu de l'article 77.7 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS), L.R.O. 1990, chap. H.7 [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 2 mars 2021]. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/public_hospitals_act.pdf
56. Ontario. Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario; ministère de la Santé; ministère des Soins de longue durée. COVID-19 - Directive n° 3 à l'intention des foyers de soins de longue durée en vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée diffusée en vertu de l'article 77.7 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS), L.R.O. 1990, chap. H.7 [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 30 janvier 2021]. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/LTCH_HP_PA.pdf
57. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Les voies de transmission de la COVID-19 : ce que nous savons jusqu'à présent [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 5 mars 2021]. Disponible à :

<https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2020/12/routes-transmission-covid-19.pdf?la=fr>

58. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé [Internet]. 3^e éd. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 23 mars 2021]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2018/bp-environmental-cleaning.pdf?la=fr>
59. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Maladie à Coronavirus 2019 (COVID-19) : Éléments clés du nettoyage de l'environnement dans les milieux de soins de santé [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 30 janvier 2021]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2020/10/factsheet-covid-19-environmental-cleaning-hcs.pdf?la=fr>
60. Association canadienne de normalisation. CSA Z317.2:F19 Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de soins de santé : exigences particulières. Toronto, ON: Association canadienne de normalisation; 2019

Santé publique Ontario

480, av. University, bureau 300
Toronto (Ontario)
M5G 1V2

647.260.7100

pidac@oahpp.ca

www.santepubliqueontario.ca

