

Prévention, détection et prise en charge des infections chez les agents de santé dans le contexte de la COVID-19

Orientations provisoires

30 octobre 2020



Points clés

- Les agents de santé qui sont en contact avec des patients atteints de la COVID-19 ou qui leur prodiguent des soins présentent un plus grand risque d'infection que la population générale. Il est essentiel d'atténuer et de réduire ce risque pour protéger leur bien-être et réduire la propagation de la COVID-19.
- D'après les données scientifiques disponibles, l'utilisation correcte des équipements de protection individuelle, les bonnes pratiques de lavage des mains, l'application de politiques imposant le port du masque pour tous dans les établissements de santé, ainsi que la formation et la sensibilisation aux mesures de lutte anti-infectieuse, sont associées à une diminution du risque de COVID-19 chez les agents de santé.
- La prévention des infections à SARS-CoV-2 chez les agents de santé nécessite une approche intégrée, articulée autour de plusieurs axes, comprenant à la fois des mesures de santé et de sécurité au travail et de lutte anti-infectieuse. Tous les établissements de santé devraient établir ou renforcer et mettre en œuvre, d'une part, des programmes de lutte anti-infectieuse et, d'autre part, des programmes de santé et de sécurité au travail, avec des protocoles visant à assurer la sécurité des agents de santé et à faire en sorte qu'ils ne soient pas infectés sur leur lieu de travail. Il est recommandé de veiller à ce que le personnel clinique soit en effectif suffisant afin de prévenir la transmission des infections nosocomiales.
- La détection précoce des infections à SARS-CoV-2 chez les agents de santé peut se faire par une surveillance syndromique et/ou par des tests de dépistage en laboratoire. Il s'agit d'une stratégie cruciale pour prévenir la transmission secondaire par les agents de santé aux patients, à leurs collègues dans les établissements de soins et aux personnes avec lesquelles ils sont en contact en dehors de ces établissements. Il convient d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie nationale ou locale de surveillance et de dépistage.

- Un système de gestion des expositions en fonction de l'évaluation du risque devrait être en place afin d'encourager les agents de santé à signaler toute exposition, professionnelle ou non professionnelle, ou tout symptôme de la COVID-19.
- Il convient également d'établir un système de prise en charge des infections présumées, prévoyant les mesures à prendre dans le cas des agents de santé qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage du SARS-CoV-2, ainsi que pour ceux qui sont symptomatiques mais dont le test est négatif.
- Des critères clairs doivent être définis pour le retour au travail, conformément aux principes de l'OMS pour lever l'isolement des patients atteints de la COVID-19.
- Les systèmes et les établissements de santé doivent veiller au maintien d'une attitude non culpabilisante à l'égard des agents de santé qui contractent la COVID-19.
- L'OMS met à disposition plusieurs outils de surveillance ainsi que des études permettant de mieux comprendre l'ampleur des infections chez les agents de santé et les facteurs de risque d'infection à SARS-CoV-2.

Contexte

Les agents de santé¹, en particulier ceux qui sont en contact avec des patients atteints de la COVID-19 ou qui leur prodiguent des soins, risquent davantage d'être infectés par le SARS-CoV-2 que la population générale (1,2). D'après les données recueillies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans le cadre de la surveillance mondiale de la COVID-19, principalement dans des pays d'Europe et des Amériques, on estime qu'environ 14 % des cas de COVID-19 déclarés à l'OMS concernent des agents de santé. Il a été observé que la transmission du virus SARS-CoV-2 aux agents de santé se produit aussi bien dans les établissements de soins de courte durée que de longue durée, qu'elle se fait des patients et des résidents aux agents de santé mais aussi entre les agents de santé, et qu'elle peut aussi être associée à des expositions à des collègues infectés dans les espaces communs et les salles de pause (3-7).

¹ Selon la définition de l'OMS, le personnel de santé regroupe l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel

d'améliorer la santé, y compris les travailleurs sociaux qui jouent souvent un rôle dans la prestation des soins dans les établissements de soins de longue durée et au sein de la collectivité (61).

À mesure que la pandémie évolue, des études montrent que la transmission impliquant des agents de santé se fait également au sein de la collectivité (par exemple, dans les ménages), et non pas seulement dans les établissements de santé (6,8-12). Si les agents de santé contractent la COVID-19, le système de soins de santé peut se retrouver confronté à un manque d'effectifs à un moment où il doit faire face à une hausse de la demande. De plus, les agents de santé qui sont infectés risquent de transmettre le virus SARS-CoV-2 à leur tour, au sein de leur ménage et dans la collectivité. Pour en savoir plus sur les données relatives à l'épidémiologie des infections et aux facteurs de risque chez les agents de santé, voir l'encadré 1. Afin de mettre en place des mesures adéquates de prévention des infections, il est essentiel de bien comprendre comment se transmet le virus SARS-CoV-2, comme l'explique l'OMS dans le document [Transmission du SARS-CoV-2 : implications pour les précautions visant à prévenir l'infection](#) (1).

Le présent document fournit des orientations pour la prévention, la surveillance et le dépistage de la COVID-19 chez les agents de santé¹, y compris la prise en charge après l'exposition ainsi que le retour au travail en sécurité des agents de santé ayant eu une infection à SARS-CoV-2 présumée ou confirmée. Dans la base de données de surveillance de l'OMS, le terme « agent de santé » englobe les médecins, le personnel infirmier, les agents de santé auxiliaires (techniciens en radiologie, personnel de laboratoire, physiothérapeutes, etc.) et le personnel administratif et de soutien, notamment les préposés au nettoyage et à la blanchisserie, aux admissions et à l'accueil, au transport des patients et à la restauration (13).

La prévention des infections au travail nécessite une approche intégrée, articulée autour de plusieurs axes, comprenant à la fois des mesures de lutte anti-infectieuse et de santé et de sécurité au travail, en plus du respect des mesures sociales et de santé publique dans la collectivité. La surveillance syndromique est un processus qui se concentre sur la détection précoce des symptômes, auquel les systèmes de surveillance de la santé publique ont souvent recours pour détecter rapidement les épidémies (14). Depuis le début de la pandémie de COVID-19, les laboratoires utilisent des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), comme les

essais rRT-PCR (réaction de polymérisation en chaîne après transcription inverse en temps réel), pour détecter le SARS-CoV-2, le virus responsable de la COVID-19. Des tests de détection antigénique (TDR-Ag) viennent désormais s'ajouter à l'attirail des outils qui peuvent jouer un rôle important pour orienter la prise en charge des patients, la prise de décision en matière de santé publique et la surveillance de la COVID-19 (15).

Le présent document d'orientation vient compléter le [questionnaire d'évaluation du risque de l'OMS](#), sur la prise en charge des infections chez les agents de santé dans le contexte de la COVID-19 (16), et les [orientations provisoires sur les droits, les rôles et les responsabilités des agents de santé, y compris les principales considérations en matière de santé et de sécurité au travail, dans le contexte de l'épidémie de maladie à coronavirus \(COVID-19\)](#) (17). Les présentes orientations provisoires sont destinées aux autorités de santé publique, aux administrateurs des établissements de santé, aux services de santé au travail et aux services ou aux coordonnateurs chargés de la lutte anti-infectieuse², aussi bien à l'échelle nationale qu'au niveau des établissements, et elles peuvent être adaptées en fonction du contexte national ou local.

Des examens documentaires rapides ont été effectués afin de rassembler les données servant de base à l'élaboration du présent document, en particulier en ce qui concerne l'épidémiologie des infections à SARS-CoV-2 et les facteurs de risque chez les agents de santé, ainsi que l'efficacité de la surveillance syndromique active ou passive et de l'administration systématique de tests de dépistage. Au cours de la rédaction du présent document, on a consulté le Groupe spécial de l'OMS chargé d'élaborer les orientations relatives à la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19, ainsi que des experts externes et des membres du personnel de l'OMS spécialisés dans le domaine de la santé au travail et dans celui des droits et du développement du personnel de santé. Après avoir examiné les données disponibles et étudié les expériences de divers pays, ces groupes ont formulé les conseils consensuels présentés ci-après en faveur de la surveillance syndromique et du dépistage chez les agents de santé.

Encadré 1 : Données sur l'épidémiologie des infections et les facteurs de risque chez les agents de santé

À l'échelle mondiale comme au niveau national, les données sur les infections à SARS-CoV-2 chez les agents de santé sont limitées. L'OMS en a récemment publié une synthèse (18). En résumé, d'après la surveillance mondiale de la COVID-19 menée par l'OMS, principalement dans les régions de l'Europe et des Amériques, environ 14 % des cas de COVID-19 déclarés à l'OMS concernent des agents de santé. Même dans les pays où les variables relatives au statut d'agent de santé étaient remplies à plus de 75 % dans les données soumises, la proportion d'agents de santé infectés variait énormément, de 2 % à 35 %. La date de la déclaration, la fluctuation des schémas de transmission communautaire et la mise en œuvre de mesures de lutte anti-infectieuse dans les établissements influent sur la prévalence des infections chez les agents de santé. Selon un rapport récent du Conseil international des infirmières, qui a mené une enquête dans 50 pays, principalement d'Europe et des Amériques, les infections chez les agents de santé représentaient de 1 % à 32 % des cas confirmés de COVID-19 (19).

La disponibilité limitée de données publiées sur les infections chez les agents de santé peut s'expliquer en partie par la difficulté à faire la distinction entre les infections acquises dans le cadre de flambées communautaires et celles contractées dans les établissements de soins de santé, ainsi que par les différences en matière de confidentialité des données dans la surveillance du personnel de santé. De manière générale, il est difficile d'obtenir des données complètes, notamment en raison de la forte variabilité dans l'exhaustivité des informations.

² On entend par « coordonnateur chargé de la lutte anti-infectieuse » un professionnel nommé pour être responsable de la

prévention et du contrôle des infections au niveau national ou infranational ou dans un établissement ou une organisation (62).

Dans un examen documentaire rapide commandité par l'OMS sur l'épidémiologie et les facteurs de risque de la COVID-19 et des autres coronavirus (SARS-CoV-1 et MERS-CoV) chez les agents de santé (3), les estimations de la proportion d'infections à SARS-CoV-2 chez les agents de santé varient considérablement entre les études citées. Selon l'étude examinée, l'incidence de l'infection à SARS-CoV-2 (résultat positif au test PCR) va de 0,4 % à 49,6 % et la prévalence de la séropositivité pour le SARS-CoV-2, de 1,6 % à 31,6 %. Parmi les facteurs qui contribuent à augmenter le risque de contracter une infection à SARS-CoV-1, à MERS-CoV ou à SARS-CoV-2 au travail, on peut citer, entre autres, les différences relatives au contexte, au type et à la durée des expositions, l'intensification de la transmission communautaire dans les régions où se situent les établissements de santé, la présence et la gravité des symptômes, ou encore la mauvaise utilisation et les stocks insuffisants d'équipements de protection individuelle (EPI). Les principales conclusions de l'examen documentaire sont les suivantes (3) :

- L'utilisation correcte des équipements de protection individuelle, les bonnes pratiques de lavage des mains, l'application de politiques imposant le port du masque pour tous dans les établissements de santé, ainsi que la formation et la sensibilisation de tout le personnel de santé aux mesures de lutte anti-infectieuse, sont associées à une diminution du risque d'infection chez les agents de santé.
- D'après les données disponibles, il n'existe pas de corrélation entre l'âge, le sexe ou le métier de l'agent de santé (infirmière ou médecin, par exemple) et le risque d'infection à SARS-CoV-2.
- Des infections à SARS-CoV-2 ont été observées dans divers services hospitaliers et chez des agents de santé exerçant différents métiers, y compris chez ceux qui ne sont pas en contact direct avec les patients.
- Certaines expositions (par exemple, pose d'intubation, contact direct avec les patients et contact avec des sécrétions corporelles) ainsi que l'utilisation non systématique ou incomplète des EPI sont associées à une augmentation du risque d'infection à coronavirus chez les agents de santé.

On a observé une transmission du virus SARS-CoV-2 aux agents de santé aussi bien dans des établissements de soins de courte durée que de longue durée, des patients et des résidents aux agents de santé ou entre collègues, y compris par des expositions possibles dans les espaces communs et les salles de pause (3-7). Des études de séroprévalence et génomiques ont été réalisées ou sont en cours chez des agents de santé. Des études indiquent que la transmission impliquant des agents de santé se fait également au sein de la collectivité (par exemple, dans les ménages), et non pas seulement dans les établissements de santé (6,8-12).

Si l'utilisation correcte des EPI constitue une mesure essentielle de protection pour les agents de santé, il convient néanmoins d'appliquer des stratégies visant à atténuer les méfaits associés à l'utilisation prolongée et à la réutilisation des EPI et les autres facteurs de risque relevés, décrites dans les [orientations provisoires de l'OMS sur les droits, les rôles et les responsabilités des agents de santé, y compris les principales considérations en matière de santé et de sécurité au travail, dans le contexte de l'épidémie de maladie à coronavirus \(COVID-19\)](#) (17).

Principes fondamentaux de la prévention des infections chez les agents de santé

La prévention des infections à SARS-CoV-2 chez les agents de santé nécessite une approche intégrée, articulée autour de plusieurs axes, comprenant à la fois des mesures de lutte anti-infectieuse et de santé et de sécurité au travail (17,20). L'OMS recommande à tous les établissements de santé d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de lutte anti-infectieuse et des programmes de santé et de sécurité au travail, avec des protocoles visant à assurer la sécurité des agents de santé et à faire en sorte qu'ils ne contractent pas la COVID-19 sur leur lieu de travail (20).

Des études font état de taux élevés de dépression, d'anxiété et de détresse psychologique chez les agents de santé dans les régions touchées par la COVID-19 (21-23). Les effectifs insuffisants, les longs quarts de travail sans périodes de repos adéquates et le manque d'équipements de protection individuelle sont des facteurs importants qui sont source de fatigue chez les agents de santé et peuvent entraîner une observance moins stricte des pratiques de prévention des infections (21,22). Ce point a été souligné par l'OMS dans ses lignes directrices, selon lesquelles il est préconisé de veiller à maintenir des effectifs suffisants et de former correctement le personnel de santé aux mesures de prévention des infections pour que les programmes de lutte anti-infectieuse s'avèrent efficaces pour prévenir les infections nosocomiales, y compris pendant les flambées épidémiques (20). Il a également été observé que certains groupes d'agents de santé (par exemple, les prestataires privés indépendants, les agents de santé communautaires et les prestataires non professionnels) ne bénéficiaient pas de mesures adéquates de protection sociale en santé, telles que la surveillance de l'état de santé, les congés de

maladie en cas de quarantaine et les politiques imposant de rester chez soi si on est malade. C'est pourquoi l'OMS a déjà recommandé la mise en place de programmes nationaux de lutte anti-infectieuse et de santé et de sécurité au travail, à l'échelle nationale et dans tous les établissements de santé (24).

Les recommandations en vigueur ainsi que les nouvelles recommandations pour prévenir l'infection à SARS-CoV-2 chez les agents de santé sont décrites ci-dessous.

1. Établir un programme de lutte anti-infectieuse

Les stratégies de l'OMS visant à prévenir les menaces actuelles et futures liées aux infections et à la résistance aux antimicrobiens dans les soins de santé se fondent sur les [Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée](#) (20). Chaque établissement devrait mettre en place un programme de lutte anti-infectieuse, mené par une équipe spéciale formée aux mesures de prévention des infections ou au minimum par un coordonnateur en la matière, avec l'appui des autorités nationales et de la direction générale de l'établissement (20). Il est recommandé de veiller à ce que le personnel clinique soit en effectif suffisant, une mesure cruciale pour prévenir la transmission des infections nosocomiales, en particulier de celles qui se propagent sous forme de flambées épidémiques. Des [exigences minimales](#) (25) ont été définies pour faciliter la mise en œuvre progressive des principales composantes des programmes de lutte anti-infectieuse selon l'OMS, en particulier dans les pays où les mesures de prévention des infections sont limitées, voire inexistantes (25). Il est essentiel de satisfaire ces exigences minimales et de mettre en place des programmes de lutte anti-infectieuse plus solides et plus

complets, comprenant toutes les principales composantes déterminées par l'OMS, dans l'ensemble des systèmes de santé dans tous les pays, afin de pérenniser les efforts de lutte contre la pandémie de COVID-19 et les autres nouvelles maladies infectieuses et de prévention des infections nosocomiales et de la résistance aux antimicrobiens (20,25).

Il a été constaté que, dans les services de soins de longue durée, le risque de transmission de la COVID-19 entre les résidents et le personnel était élevé (7,26). L'OMS a élaboré des orientations portant spécifiquement sur ces environnements : [Prévention et gestion de la COVID-19 dans l'ensemble des services de soins de longue durée : note d'orientation](#) (27), [Prévention et gestion de la COVID-19 dans l'ensemble des services de soins de longue durée : annexe web](#) (28) et [Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19](#) (29). Il convient de suivre ces orientations en plus des documents susmentionnés sur la prévention et le contrôle des infections.

Des mesures concrètes de lutte anti-infectieuse, recommandées par l'OMS, pour réduire la transmission du SARS-CoV-2 chez les agents de santé sont décrites dans plusieurs documents d'orientation technique importants (2,29-33). Ces mesures sont les suivantes :

- Trier les patients, détecter rapidement les cas et limiter la transmission (isolement des cas suspects et confirmés de COVID-19, y compris les résidents des établissements de soins de longue durée) ;
- Appliquer les précautions usuelles de lutte anti-infectieuse pour tous les patients, en prêtant particulièrement attention aux bonnes pratiques de lavage des mains et de nettoyage de l'environnement ;
- Prendre des précautions supplémentaires pour les cas suspects et confirmés de COVID-19 (protection contre la transmission par gouttelettes, par contact et, s'il y a lieu, pour les interventions pouvant produire des aérosols, par voie aérienne) ;
- Rendre le port du masque chirurgical obligatoire pour tous les agents de santé dans les établissements de soins, y compris dans les espaces communs où ils se croisent et échangent ;
- Établir des règles administratives, notamment des politiques et des procédures de lutte anti-infectieuse définissant les comportements adéquats et imposant le respect des principales mesures de prévention des infections dans les espaces communs ;
- Appliquer ou introduire des mesures environnementales et mécaniques, notamment une bonne ventilation.

2. Établir un programme de santé et de sécurité au travail

Tous les services de santé devraient mettre en place une politique et un programme de santé et de sécurité au travail comprenant : un coordonnateur ou un service chargé de la santé au travail ; un comité travailleurs-employeurs sur la santé et la sécurité ; des évaluations régulières des risques sur le lieu de travail, couvrant tous les dangers ainsi que l'efficacité des mesures de contrôle ; des cycles de vaccination ; un processus de signalement des incidents et des expositions accidentelles ou sans protection à des pathogènes, sans recherche de responsables ; une surveillance médicale ; la sensibilisation et la formation des employés ; des mesures d'hygiène (34). Des mesures concrètes visant à protéger les agents de santé contre les risques professionnels amplifiés par la pandémie de COVID-19 sont décrites dans les orientations

provisoires de l'OMS sur la santé et la sécurité au travail et les droits et responsabilités des agents de santé dans le contexte de la COVID-19 (à venir) ainsi que dans le document de l'OMS et de l'OIT intitulé [Sécurité et santé au travail durant les crises sanitaires : un manuel pour la protection des personnels de santé et des équipes d'intervention d'urgence](#) (35).

Un élément clé de la prévention et du contrôle de la transmission dans les établissements de santé est l'application de mesures mécaniques, environnementales et administratives en complément des comportements individuels et des EPI. En plus des principales composantes des programmes de lutte anti-infectieuse et de santé et de sécurité au travail décrites plus haut, il convient de prendre les mesures suivantes pour prévenir les infections chez les agents de santé :

- Évaluer régulièrement les risques, en particulier les risques professionnels, et l'efficacité des mesures de contrôle, en particulier la conformité aux protocoles de lutte anti-infectieuse et de sécurité ;
- Sensibiliser et former tout le personnel aux mesures de lutte anti-infectieuse et de santé et de sécurité au travail, en organisant notamment des séances régulières de recyclage ;
- Assurer l'accès au matériel nécessaire à la lutte anti-infectieuse et veiller à ce qu'il soit utilisé correctement, en particulier les fournitures pour le lavage des mains et les EPI (masques chirurgicaux, respirateurs, protections oculaires, gants, blouses), qui devraient être disponibles en quantité suffisante et dans différentes tailles et être conformes aux normes de qualité ;
- Contrôler les procédures de lutte anti-infectieuse et en rendre compte régulièrement aux divers publics visés, notamment au personnel clinique, avec un appui à la pratique sous forme de mentorat et de supervision, et renforcer les compétences afin d'établir des normes sociales solides en matière de respect des mesures de lutte anti-infectieuse (36) ;
- Étudier les obstacles comportementaux et sociaux et les facteurs favorisant le respect des mesures par les agents de santé, par exemple la perception de l'utilité des mesures, la confiance dans l'exécution des procédures et la perception de l'aide disponible (36) ;
- Établir des politiques et des procédures en matière de santé et de sécurité au travail, notamment :
 - dépistage et tests pour le personnel, protocoles pour les employés malades et politiques de retour au travail en sécurité,
 - politiques permettant aux employés de rester chez eux s'ils sont malades, sans perte de revenu,
 - procédures de signalement et d'enquête en cas d'exposition ou de contact sans protection avec des cas suspects ou confirmés de COVID-19, sans recherche de responsables,
 - protocoles de direction visant à assurer des effectifs suffisants, des ratios sécuritaires entre le nombre d'agents de santé et le nombre de patients, des quarts de travail adéquats et des périodes de repos dans des pièces assez grandes et bien ventilées, et rappels au personnel de continuer à respecter les procédures de lutte anti-infectieuse ;

- Favoriser une communication régulière entre le personnel et la direction générale, en faisant notamment participer le personnel à la planification ;
- Faciliter la coopération entre les employeurs et les sous-traitants travaillant dans le même établissement de santé en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des protocoles de sécurité et des mesures de protection.

Détection précoce des infections à SARS-CoV-2 chez les agents de santé pour prévenir la transmission

La détection précoce des cas de COVID-19 chez les agents de santé peut se faire par une surveillance syndromique et/ou par des tests de dépistage en laboratoire. Il s'agit d'une stratégie cruciale pour prévenir la transmission secondaire aux patients, entre les agents de santé et dans l'ensemble des établissements de soins de santé.

La surveillance syndromique peut être effectuée à l'aide de méthodes passives (par exemple, compter sur les agents de santé pour qu'ils signalent eux-mêmes leurs symptômes ou leur maladie) ou actives (par exemple, interroger ou examiner les agents de santé pour repérer les cas suspects de la maladie sous surveillance) (14,37).

La fièvre est un symptôme courant de la COVID-19. D'après un examen systématique, la fièvre, la myalgie ou l'arthralgie, la fatigue et les maux de tête sont des symptômes fréquents chez les patients atteints de COVID-19 (38,39). La perte du goût (agueusie) et de l'odorat (anosmie), la douleur oculaire, la sensation générale de malaise et l'épuisement ont également été signalés (6,7). Certains cas ne présentaient aucun symptôme (40).

Dans les rares études disponibles, on a constaté que les tests PCR étaient plus souvent positifs chez les agents de santé symptomatiques que ceux qui ne présentaient pas de symptômes (rapport des cotes : 3,5 à 19,4) (12,41-44). La proportion d'agents de santé ayant obtenu un résultat positif alors qu'ils étaient asymptomatiques variait entre 12 % et 23,1 % (11,26,41,43,44).

Dans une petite étude menée en Écosse, au Royaume-Uni, on a rapidement administré un test de dépistage de la COVID-19 aux agents de santé ayant signalé des symptômes, au lieu de les mettre en quarantaine jusqu'à 14 jours, et on a observé que le dépistage pourrait avoir épargné au système de santé environ 8 573 jours de travail perdus grâce à la diminution des absences du personnel (45). Dans une vaste étude multicentrique récente sur les établissements de soins de longue durée réalisée aux États-Unis, on a recensé 1,3 cas de COVID-19 chez des agents de santé pour 3 cas identifiés parmi les résidents. Ce constat est cohérent avec d'autres

études menées dans des établissements de soins de longue durée, dans lesquelles des cas de COVID-19 ont été détectés chez des agents de santé lorsqu'une stratégie de dépistage à grande échelle pour tout le personnel de santé était déployée dès qu'un résident était déclaré positif pour la COVID-19 (7).

De manière générale, bien que les études montrent que le dépistage régulier des agents de santé devrait permettre de détecter une infection, les intervalles ou les délais de dépistage n'ont pas été clairement établis (46-49).

Compte tenu des données disponibles, les conseils de l'OMS sont les suivants :

1. Une surveillance syndromique des symptômes de la COVID-19 chez les agents de santé devrait être effectuée avant qu'ils entrent sur leur lieu de travail. Cette surveillance devrait se faire en deux volets :

- Surveillance passive : encourager les agents de santé à signaler tout symptôme au spécialiste de la santé au travail ou à un autre responsable désigné dans l'établissement, avant leur prise de poste (au moyen de formulaires de déclaration à remplir régulièrement au format numérique, le cas échéant) ainsi que pendant et après leur quart de travail.
- Surveillance active : établir un processus confidentiel pour assurer le dépistage des agents de santé à leur arrivée au travail afin de détecter les symptômes de la COVID-19, notamment la fièvre, et les risques potentiels d'exposition.

La surveillance passive peut être la seule option si les ressources sont limitées, mais il convient d'envisager une surveillance syndromique active si les ressources humaines et logistiques le permettent. Les établissements de santé devraient faire tout leur possible pour mettre en place une surveillance syndromique active dès lors qu'il y a des foyers de transmission au sein des établissements ou dans les régions où ils sont situés. En cas de transmission communautaire³, la surveillance syndromique est cruciale.

Dans le cadre de la surveillance syndromique des agents de santé, les symptômes suivants doivent être contrôlés au minimum : fièvre, toux sèche, myalgie, arthralgie, fatigue, maux de tête, essoufflement, anosmie et agueusie. Les membres du personnel qui présentent l'un de ces symptômes ou qui échouent au processus de dépistage doivent prendre contact avec le service de la santé et de la sécurité au travail pour obtenir des instructions. Il convient de mettre en place des politiques relatives aux conditions d'emploi, comme les congés de maladie et la possibilité de rester chez soi si on est malade, qui garantissent la confidentialité et ne prévoient pas de sanction à l'encontre des agents de santé qui deviennent des contacts⁴ ou sont infectés par le SARS-CoV-2 (17).

³ On parle de transmission communautaire lorsque, dans une flambée, on ne peut pas retracer les chaînes de transmission pour un grand nombre de cas confirmés, ou lorsque le nombre de tests positifs augmente dans les échantillons sentinelles (50).

⁴ Un contact est une personne qui s'est trouvée, sans protection, dans l'une des situations d'exposition suivantes dans les 2 jours précédant et les 14 jours suivant l'apparition des symptômes chez

un cas probable ou confirmé : 1) contact direct, en face à face, avec ce cas probable ou confirmé, à moins de 1 mètre de lui et pendant au moins 15 minutes ; 2) contact physique direct avec ce cas probable ou confirmé ; 3) soins directement prodigués à un patient présentant une infection par le virus de la COVID-19, probable ou confirmée, sans porter les équipements de protection individuelle recommandés ; OU 4) autres situations telles qu'indiquées par les évaluations locales des risques (53).

Tableau 1 : Exemples d'approches de surveillance syndromique

Scénario de transmission de la COVID-19 (50)	Type de surveillance syndromique chez les agents de santé	Approche possible
Aucun cas ou cas sporadiques	Mettre en œuvre une surveillance syndromique passive	<ul style="list-style-type: none"> Les membres du personnel doivent signaler eux-mêmes au spécialiste de la santé au travail ou à un autre responsable désigné s'ils présentent des symptômes, notamment de la fièvre.
Grappes de cas	Mettre en œuvre une surveillance syndromique passive, envisager une surveillance active si les ressources sont disponibles	<ul style="list-style-type: none"> Les membres du personnel doivent signaler eux-mêmes au spécialiste de la santé au travail ou à un autre responsable désigné s'ils présentent des symptômes, notamment de la fièvre. Si les ressources le permettent, il convient d'envisager un processus pour surveiller activement les symptômes, notamment la fièvre, chez les membres du personnel.
Transmission communautaire	Mettre en œuvre une surveillance syndromique active	<ul style="list-style-type: none"> Un processus est mis en place dans lequel les membres du personnel doivent se soumettre à un contrôle de la température et à une évaluation active (dépistage) des symptômes au début de chaque quart de travail au minimum.

2. Des stratégies de dépistage des agents de santé pour détecter les infections à SARS-CoV-2 devraient être élaborées et mises en application à l'échelle nationale et infranationale.

Le dépistage des infections à SARS-CoV-2 par des tests en laboratoire est un autre élément nécessaire pour détecter plus précisément la transmission du virus chez les agents de santé (15,51). Si l'on envisage une stratégie de dépistage, les facteurs contextuels suivants sont à prendre en considération : l'efficacité des programmes de santé au travail et de lutte anti-infectieuse de l'établissement (notamment, mise en application complète des protocoles par les employeurs ou la direction et respect des protocoles par le personnel), le scénario de transmission au niveau local, les ressources et les infrastructures disponibles pour le dépistage, et les répercussions de la COVID-19 sur les effectifs de santé (par exemple, absences possibles pour cause de congé de maladie, d'auto-isollement ou de quarantaine). Dans les établissements situés dans des zones de transmission communautaire, si les ressources sont limitées, l'OMS recommande d'administrer les tests de dépistage en priorité aux agents de santé, qu'ils aient été ou non en contact avec un cas confirmé (afin de protéger les agents de santé et de réduire le risque de transmission nosocomiale) (52).

L'OMS fournit des recommandations concernant les tests RT-PCR et antigéniques pour le diagnostic du SARS-CoV-2 (15,51).

La stratégie de dépistage devrait être la suivante :

a) Dépistage des agents de santé après une exposition au SARS-CoV-2

Les agents de santé d'un établissement de soins qui sont contacts⁴ d'un cas suspect ou confirmé (53), en raison d'une exposition sans protection sur leur lieu de travail ou au sein de la collectivité, devraient consulter le coordonnateur en santé au travail afin de se soumettre à une évaluation à l'aide de [l'outil de l'OMS pour l'évaluation du risque et la gestion de l'exposition des agents de santé](#) (16). L'OMS recommande

d'administrer un test de dépistage du SARS-CoV-2 à tous les contacts présentant un risque d'exposition élevé.

b) Dépistage systématique des agents de santé pour la surveillance de la COVID-19

La décision de mettre en place un dépistage systématique devrait être prise selon une approche fondée sur le risque, en tenant compte des facteurs suivants :

- L'intensité de la transmission dans le cadre des établissements de santé, par exemple en présence de transmission communautaire ou de flambées épidémiques intenses de COVID-19 ;
- Les capacités de l'établissement et des laboratoires pour réaliser les tests, notamment les ressources financières et humaines disponibles, ainsi que la disponibilité du matériel de dépistage et la capacité d'analyse des laboratoires ;
- Le volume de patients déclarés positifs au SARS-CoV-2 qui sont hospitalisés dans l'établissement ou examinés par les agents de santé ;
- Le taux de positivité parmi les effectifs de l'établissement ;
- Le nombre d'agents de santé qui sont malades, mais sans diagnostic de COVID-19, ou qui sont en quarantaine en tant que contacts d'un cas de COVID-19, ce qui empêche de maintenir des effectifs suffisants et d'assurer leur sécurité.

c) Dépistage des agents de santé dans les établissements de soins de longue durée

Quel que soit le scénario de transmission de la COVID-19, il convient d'envisager le dépistage systématique des agents de santé travaillant dans ou avec des établissements de soins de longue durée, ou au minimum de leur administrer un test dès qu'un cas de COVID-19 positif est détecté parmi les résidents ou les membres du personnel.

Le tableau 2 présente quelques exemples de scénarios pour l'application d'une approche fondée sur le risque.

Tableau 2 : Exemples de scénarios et stratégies de dépistage des agents de santé

Type d'établissement de santé	Scénario de transmission (50)	Personnel concerné par la stratégie de dépistage possible à envisager (si les ressources le permettent)
Soins de courte durée	Aucun cas ou cas sporadiques	<ul style="list-style-type: none"> Agents de santé symptomatiques Agents de santé ayant été en contact avec un cas positif au SARS-CoV-2 <ul style="list-style-type: none"> Agents de santé associés à la transmission à ou par un patient ou un résident ou à une enquête sur une flambée épidémique
	Groupes de cas ou transmission communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Agents de santé symptomatiques Agents de santé ayant été en contact avec un cas positif au SARS-CoV-2 <ul style="list-style-type: none"> Agents de santé associés à la transmission à ou par un patient, à un groupe de cas ou à une enquête sur une flambée épidémique Agents de santé travaillant dans un service clinique – services prioritaires à déterminer en fonction de l'évaluation des risques (par exemple, triage, services d'urgence ou services réservés aux patients COVID-19) si les ressources sont limitées Tous les agents de santé travaillant dans des services ou des établissements réservés aux patients COVID-19
Soins de longue durée	Tous les scénarios de transmission	<ul style="list-style-type: none"> Agents de santé symptomatiques Agents de santé ayant été en contact avec un cas positif au SARS-CoV-2 Dépistage de tous les agents de santé lorsqu'un cas positif au SARS-CoV-2 est détecté parmi les résidents ou les membres du personnel Dépistage systématique des agents de santé, si possible

La fréquence de dépistage des agents de santé dépendra du degré de transmission au sein d'un établissement et dans les environs, des objectifs de la stratégie de dépistage (surveillance uniquement ou contrôle d'une flambée épidémique), de la capacité de l'établissement et des laboratoires concernés à réaliser les tests de dépistage et, enfin, des orientations nationales et locales. Pendant une flambée de COVID-19, le dépistage devrait être effectué régulièrement (par exemple, toutes les semaines, si les ressources le permettent) jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de cas de COVID-19 parmi les agents de santé ou les résidents de l'établissement (7,26,48).

Prise en charge des expositions et des infections chez les agents de santé et retour au travail en sécurité

Un système non culpabilisant de prise en charge des expositions des agents de santé à la COVID-19 devrait être en place pour encourager et aider les agents de santé à signaler les expositions ou les symptômes. Les établissements de santé devraient adopter pour leur personnel des politiques relatives aux congés de maladie qui ne sont pas associées à des sanctions ni à une perte de revenu, qui garantissent la confidentialité et qui sont souples et conformes aux orientations en matière de santé publique. Les coordonnateurs en matière de santé et de sécurité au travail devraient conserver des dossiers confidentiels sur les agents de santé exposés à la COVID-19 afin de surveiller s'ils développent ou signalent des symptômes ou s'ils obtiennent un résultat positif au test de dépistage.

Pour élaborer des politiques de prise en charge des expositions et des infections chez les agents de santé et de retour au travail en sécurité, il est important de disposer de données sur la durée d'excrétion virale chez les patients atteints de COVID-19 et, en particulier, sur la période au cours de laquelle le virus répliquatif peut être isolé. L'OMS présente un aperçu des données disponibles dans le document d'information scientifique [Critères pour lever l'isolement des patients atteints de COVID-19](#) (54).

Compte tenu de ces données, les orientations ci-dessous s'appuient sur plusieurs études montrant que, chez les patients atteints d'une forme bénigne à modérée de la COVID-19, le virus répliquatif n'a pas été isolé au-delà de 10 jours après l'apparition des symptômes.

Les conseils de l'OMS sont les suivants :

1. Signalement par les agents de santé de toute exposition professionnelle ou non professionnelle à la COVID-19

Dans le cas où un agent de santé signale une exposition sans protection au virus de la COVID-19, échoue au dépistage syndromique à son arrivée ou commence à présenter des symptômes pendant son quart de travail, il devrait exister des politiques et des procédures claires décrivant les mesures à prendre, notamment :

- L'agent de santé devrait immédiatement s'arrêter de travailler, porter un masque chirurgical si ce n'est pas déjà le cas, se signaler au responsable de la santé et de la sécurité au travail et s'auto-isoler.

- Le responsable de la santé et de la sécurité au travail devrait rencontrer l'agent de santé afin de procéder à une évaluation et de retracer l'historique de l'exposition, si les ressources le permettent, ou lui demander de remplir et de soumettre le formulaire de l'OMS pour l'évaluation du risque et la prise en charge de l'exposition des agents de santé dans le contexte de la COVID-19.
- Le responsable de la santé et de la sécurité au travail devrait déterminer une catégorie de risque, en fonction de l'outil d'évaluation du risque pour un agent de santé ayant eu une exposition sans protection, et décider des mesures adéquates, notamment de la possibilité de reprendre le travail.
- Le responsable de la santé et de la sécurité au travail devrait communiquer avec les autorités locales de santé publique pour les informer des agents de santé ayant signalé des expositions professionnelles ou non professionnelles et prendre des dispositions pour le suivi et la surveillance.
- Tout cas de maladie professionnelle devrait être déclaré conformément à la législation en matière de santé et de sécurité au travail.
- Des stratégies d'atténuation en cas d'effets insuffisants devraient être adoptées (17,34,55,56).

De plus amples informations sur l'évaluation du risque et la prise en charge des expositions à la COVID-19 chez les agents de santé sont accessibles [ici](#) (16). L'approche décrite dans les présentes orientations établit une distinction entre les expositions associées à un risque élevé ou faible d'infection par le virus de la COVID-19. Les principaux conseils pour les différentes situations sont résumés dans le tableau 3.

En fonction de la classification du risque après l'exposition, le service de santé et de sécurité au travail peut :

- Conseiller à l'agent de santé de continuer à travailler, s'il en est capable et selon l'évaluation du risque d'exposition ;
- Lui recommander de surveiller l'apparition de symptômes et prévoir un suivi si nécessaire ;
- Organiser un test de dépistage du SARS-CoV-2 conformément à la stratégie de dépistage à l'échelle nationale et locale ;
- Envisager une quarantaine, en fonction de la nature de l'exposition.

Tableau 3 : Mesures conseillées en fonction du risque associé à l'exposition des agents de santé

Type d'exposition	État de l'agent de santé	Conseils
Exposition à faible risque au travail : <ul style="list-style-type: none"> • L'agent a prodigué des soins directs à un patient atteint de la COVID-19, alors qu'il portait les EPI requis et qu'il a respecté les précautions de lutte anti-infectieuse. • L'agent était présent pendant une intervention pouvant produire des aérosols chez un patient atteint de la COVID-19, alors qu'il portait les EPI requis et qu'il a respecté les précautions de lutte anti-infectieuse. • L'agent a été exposé à un collègue qui est un cas suspect ou positif de COVID-19, au travail, alors qu'il portait un masque. 	Aucun symptôme (asymptomatique)	<ul style="list-style-type: none"> • L'agent peut continuer à travailler en respectant les mesures de lutte anti-infectieuse, en particulier les exigences locales relatives au port du masque. • Faire un test de dépistage du SARS-CoV-2, si les ressources sont disponibles. Suivre les orientations relatives aux tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2 (51). • Renforcer les mesures de lutte anti-infectieuse (éloignement physique, hygiène des mains, EPI et port du masque). • L'agent doit surveiller lui-même l'apparition de symptômes pendant 14 jours et en aviser immédiatement le responsable de la santé et de la sécurité au travail si des symptômes se développent. • Si le test de dépistage est positif, identifier les contacts et effectuer un suivi conformément aux procédures de recherche de contacts.
	Symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> • L'agent doit s'auto-isoler. • Le responsable de la santé et de sécurité au travail est chargé de la surveillance. • Faire un test de dépistage du SARS-CoV-2. Suivre les orientations relatives aux tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2 (51). • Si le test de dépistage est positif, identifier les contacts et effectuer un suivi conformément aux procédures de recherche de contacts.

<p>Exposition à risque élevé au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'agent a prodigué des soins directs à un patient atteint de COVID-19, alors qu'il ne portait pas d'EPI ou portait des EPI inappropriés, qu'une rupture de l'intégrité des EPI s'est produite ou que d'autres précautions de lutte anti-infectieuse n'ont pas été respectées (par exemple, non-respect de la procédure en cinq temps préconisée par l'OMS pour le lavage des mains, nettoyage et désinfection des surfaces ou de l'environnement non effectués). L'agent était présent pendant une intervention pouvant produire des aérosols, alors qu'il ne portait pas d'EPI ou portait des EPI inappropriés, qu'une rupture de l'intégrité des EPI s'est produite ou que d'autres précautions de lutte anti-infectieuse n'ont pas été respectées (par exemple, non-respect de la procédure en cinq temps préconisée par l'OMS pour le lavage des mains, nettoyage et désinfection des surfaces ou de l'environnement non effectués). L'agent a été exposé (contact en face à face pendant plus de 15 minutes à une distance inférieure à 1 mètre) à un collègue déclaré positif pour la COVID-19, alors qu'il ne portait pas de masque (par exemple, dans une salle de pause, pendant un repas, etc.). L'agent a été exposé à des éclaboussures ou à une pulvérisation de fluides corporels ou de sang et/ou a été blessé par piqûre ou perforation. 	Aucun symptôme (asymptomatique)	<ul style="list-style-type: none"> L'agent doit rester en quarantaine pendant 14 jours à compter de la dernière exposition. Il doit arrêter de travailler pendant 14 jours à compter de la dernière exposition. Faire un test de dépistage du SARS-CoV-2. Suivre les orientations relatives aux tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2 (51). Si le test de dépistage est positif, identifier les contacts et effectuer un suivi conformément aux procédures de recherche de contacts. L'agent doit surveiller quotidiennement l'apparition de symptômes et en aviser le responsable de la santé et de la sécurité au travail.
	Symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> L'agent de santé doit s'auto-isoler. Faire un test de dépistage du SARS-CoV-2. Suivre les orientations relatives aux tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2 (51). Identifier les contacts et effectuer un suivi conformément aux procédures de recherche de contacts. Voir les orientations ci-dessous concernant le retour au travail.
<p>Exposition non professionnelle (par exemple, contact⁴ avec un cas confirmé qui est un membre de la famille ou de la communauté).</p>	Asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> L'agent doit rester en quarantaine pendant 14 jours à compter de la dernière exposition. Si le test de dépistage est positif, identifier les contacts et effectuer un suivi conformément aux procédures de recherche de contacts.
	Symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> L'agent de santé doit s'isoler. Faire un test de dépistage du SARS-CoV-2. Suivre les orientations relatives aux tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2. Si le test de dépistage est positif, identifier les contacts et effectuer un suivi conformément aux procédures de recherche de contacts. Voir les orientations ci-dessous concernant le retour au travail.

2. Prise en charge des infections chez les agents de santé

Tout agent de santé qui signale des symptômes ou qui obtient un résultat positif au test de dépistage du SARS-CoV-2 devrait :

- immédiatement être isolé et cesser toutes les activités de soins aux patients ;
- en informer son supérieur, lequel devrait aviser les

responsables de la lutte anti-infectieuse et de la santé et de la sécurité au travail ;

- consulter un médecin suivant le système d'aiguillage approprié s'il se sent malade ou si les symptômes empirent.

Le tableau ci-dessous décrit les conseils et les mesures à prendre si un agent de santé obtient un résultat positif au test de dépistage du SARS-CoV-2.

Tableau 4 : Mesures à prendre pour les agents de santé positifs au SARS-CoV-2

État de l'agent de santé	Mesures de lutte anti-infectieuse
L'agent de santé obtient un résultat positif au test de dépistage du SARS-CoV-2 (avec ou sans symptômes)	<ul style="list-style-type: none"> Isoler dans un établissement de soins de santé, dans un lieu désigné (par exemple, établissement de santé, établissement non traditionnel) ou à domicile (51), comme il convient, en fonction de l'état clinique pendant au moins 10 jours plus 3 jours sans symptômes (33).
L'agent de santé est symptomatique, mais le test de dépistage du SARS-CoV-2 est négatif	<ul style="list-style-type: none"> Suivre les orientations relatives aux tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2 (51). Consulter le responsable de la santé et de la sécurité au travail pour savoir si l'agent doit reprendre le travail et déterminer si des tests supplémentaires sont requis pour obtenir un autre diagnostic, selon les orientations locales. Tout agent de santé autorisé à reprendre le travail doit être informé des symptômes à surveiller et suivre les directives de lutte anti-infectieuse décrites plus haut, en particulier concernant le port des EPI adéquats.

Si l'infection d'un agent de santé est associée à une exposition professionnelle, due par exemple à une mauvaise application des pratiques de lutte anti-infectieuse, il convient de prendre des mesures correctrices adéquates, par exemple organiser des séances de recyclage pour le personnel sur les mesures de lutte anti-infectieuse, afin de remédier à ces lacunes. Les établissements doivent veiller à ce que des stocks suffisants d'EPI de la bonne taille soient disponibles pour les agents de santé et à ce que des processus de contrôle et d'observation des procédures de lutte anti-infectieuse soient en place, notamment concernant la vérification de l'ajustement des respirateurs et le respect du bon ordre pour enlever et éliminer les EPI. Il devrait également y avoir sur le lieu de travail des panneaux rappelant d'appliquer les mesures d'hygiène pendant les activités professionnelles et de prendre des périodes de repos suffisantes. On trouvera davantage de précisions dans le [document](#) de l'OMS sur la santé et la sécurité au travail (17).

Le service de santé et de sécurité au travail devra peser le risque d'effectifs insuffisants parmi les agents de santé essentiels par rapport aux risques d'exposition et à l'application de restrictions de travail en fonction des scénarios de transmission dans l'établissement et au sein de la collectivité.

3. Conseils relatifs au retour au travail des agents de santé

Lors de la prise de décisions concernant le retour au travail des agents de santé qui ont été touchés par la COVID-19, il convient d'adopter les principes de l'OMS concernant la levée de l'isolement pour les patients atteints de COVID-19, en y ajoutant quelques considérations supplémentaires propres aux sous-populations des agents de santé. Les critères actuels de l'OMS pour lever l'isolement des patients atteints de COVID-19 sont les suivants (54) :

- Dans le cas des patients symptomatiques, l'isolement peut être levé à l'issue d'une période de 10 jours après l'apparition des symptômes, plus au moins 3 jours supplémentaires sans symptômes (notamment sans fièvre⁵ et sans symptômes respiratoires).

- Dans le cas des personnes asymptomatiques, l'isolement peut être levé 10 jours après le premier test positif.

Certaines personnes peuvent présenter des symptômes (une toux post-virale, par exemple) au-delà de la période d'infectivité ou de la durée minimum de 13 jours d'isolement (54). Il convient de procéder à un examen médical au cas par cas afin de déterminer si les agents de santé sont en état de reprendre le travail. On trouvera de plus amples informations dans les orientations provisoires de l'OMS sur la [prise en charge clinique de la COVID-19](#) (57).

Les pays peuvent choisir de continuer à utiliser les tests PCR pour lever l'isolement des agents de santé qui étaient symptomatiques et ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19. Dans ce cas, les agents de santé sont autorisés à reprendre le travail une fois qu'ils sont cliniquement guéris et qu'ils ont obtenu des résultats négatifs à deux tests PCR réalisés sur des échantillons séquentiels prélevés à au moins 24 heures d'intervalle (54,57).

Le retour au travail devrait être décidé au cas par cas, en collaboration avec les responsables de la santé et de la sécurité au travail et de la lutte anti-infectieuse, et en tenant compte des préférences personnelles des agents de santé. Pour déterminer si un agent de santé peut reprendre le travail en sécurité, la décision dépend de ce qui suit :

- Le service dans lequel il travaille (service réservé aux patients COVID-19, unité de soins intensifs, soins de longue durée, soins directs aux patients ou soins sans contact avec les patients) ;
- Les pathologies cliniques des patients auxquels l'agent de santé peut être amené à prodiguer des soins (par exemple, patients immunodéprimés) ;
- Les mesures de lutte anti-infectieuse appliquées dans l'établissement et le port obligatoire du masque pour tous conformément aux orientations de l'OMS relatives aux [conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19](#) (31) ;
- L'état de santé général de l'agent de santé et la gravité de la maladie lorsqu'il était atteint de la COVID-19.

⁵ Sans administration d'antipyrétiques (54).

Les agents de santé doivent respecter les recommandations suivantes lorsqu'ils reprennent le travail à la suite d'une infection par le virus de la COVID-19 :

- Suivre des séances de recyclage sur les pratiques de lutte anti-infectieuse, notamment le lavage des mains et l'hygiène respiratoire, les tests et le contrôle de l'ajustement des respirateurs, l'utilisation des EPI, les politiques relatives au port du masque et l'éloignement physique ;
- Respecter les mesures de santé publique recommandées à domicile et au sein de la collectivité (éloignement physique, lavage des mains, règles d'hygiène respiratoire, port du masque) ;
- Continuer à surveiller l'apparition de symptômes indicateurs de la COVID-19 et, si de nouveaux symptômes apparaissent ou si les symptômes empirent, arrêter immédiatement de travailler, en aviser le service de santé et de sécurité au travail et s'auto-isoler ;
- Rester en contact avec le service de santé et de sécurité au travail pour recevoir du soutien et surveiller les complications de santé à plus long terme et les éventuelles répercussions psychologiques.

Suivi, étude et déclaration des infections chez les agents de santé

Les établissements de santé sont encouragés à recueillir des données sur les agents de santé exposés et infectés afin de surveiller et de tracer les expositions et de cerner des axes d'amélioration. Chaque infection d'un agent de santé devrait être consignée et faire l'objet d'une enquête pour permettre de contrôler rapidement la situation. Un système de collecte systématique de données devrait être établi au niveau national et dans chaque établissement sous l'égide du responsable de la santé et de la sécurité au travail. Les infections touchant des agents de santé devraient être systématiquement déclarées dans le système national de surveillance. La déclaration des cas devrait servir de base pour prendre des mesures correctrices rapides ou mener une enquête plus poussée à tous les échelons du système de santé. En outre, des évaluations rapides de la manière dont les agents de santé perçoivent les procédures de lutte anti-infectieuse au niveau local peuvent aider les établissements à repérer les obstacles perçus sur le plan environnemental, social ou comportemental ainsi que les facteurs qui contribuent au respect des mesures de lutte anti-infectieuse par le personnel (36).

L'OMS a mis au point plusieurs protocoles de surveillance et mené des études auprès des agents de santé pour mesurer la proportion d'infections et évaluer les facteurs de risque de COVID-19 chez les agents de santé. Ces outils peuvent être utilisés de manière indépendante par les établissements ou dans le contexte d'une surveillance ou de recherches soutenues par l'OMS.

1. Protocole d'évaluation des facteurs de risque potentiels de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) chez les agents de santé dans un établissement de santé (58)

L'OMS a mis au point une étude prospective de cas précis, portant sur tous les contacts identifiés parmi le personnel

soignant qui travaillent dans un établissement de santé dans lequel est pris en charge un patient atteint de la COVID-19 dont l'infection a été confirmée en laboratoire. L'étude de cohorte peut être réalisée dans les établissements de santé exerçant aux trois niveaux de soins d'un système de santé (pas uniquement dans les hôpitaux). Elle est destinée à fournir des informations épidémiologiques et sérologiques qui aideront à déterminer les facteurs de risque de COVID-19 chez les agents de santé.

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- Mieux comprendre l'étendue de la transmission interhumaine parmi les agents de santé, grâce à l'estimation du taux d'infections secondaires pour les agents de santé ayant été individuellement en contact avec un cas ;
- Caractériser les différents tableaux cliniques de l'infection et les facteurs de risque infectieux chez les agents de santé ;
- Évaluer l'efficacité des mesures de prévention des infections chez les agents de santé ;
- Évaluer l'efficacité des programmes de lutte anti-infectieuse au sein des établissements de santé et à l'échelle nationale.

Pour en savoir plus ou pour obtenir de l'aide concernant l'utilisation de ce protocole, communiquer avec EarlyInvestigations-2019-nCoV@who.int.

2. Évaluation des facteurs de risque de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) chez les agents de santé : protocole pour une étude cas-témoins (59)

L'OMS a élaboré un deuxième protocole qui a pour but de caractériser et d'évaluer les facteurs de risque d'infection à SARS-CoV-2 chez les agents de santé exposés à des patients atteints de la COVID-19. L'étude s'appuie sur l'utilisation de l'échantillonnage par densité d'incidence et devrait être lancée dès qu'un cas d'infection à SARS-CoV-2 est confirmé parmi les agents de santé d'un établissement. Des agents de santé ayant un diagnostic confirmé de COVID-19 seront recrutés comme cas. Des agents de santé exposés à des patients atteints de COVID-19 dans le même établissement, mais non infectés, seront recrutés comme témoins, l'objectif étant de recruter au moins 2 à 4 témoins pour chaque cas. Pour les pays ou les établissements qui le souhaitent et qui peuvent y participer, l'OMS mène une étude cas-témoins multicentrique internationale dans des établissements de santé sur une période d'un an.

Les objectifs sont les suivants :

- Évaluer l'efficacité des mesures actuelles de lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 chez les agents de santé ;
- Décrire les différents tableaux cliniques de l'infection à SARS-CoV-2 chez les agents de santé, notamment la durée et la gravité de la maladie ;
- Déterminer les réponses sérologiques chez les agents de santé pour lesquels l'infection à SARS-CoV-2 est confirmée et chez ceux qui s'occupent de patients, mais sans diagnostic de COVID-19.

Pour en savoir plus et pour obtenir de l'aide concernant ce protocole, communiquer avec EarlyInvestigations-2019-nCoV@who.int.

3. Protocole de surveillance de l'infection à SARS-CoV-2 chez les agents de santé (60)

L'OMS a mis au point un protocole de surveillance à suivre pour la collecte systématique de données auprès des agents de santé, notamment sur les caractéristiques des expositions et les facteurs de risque, dans le cadre des enquêtes sur les cas. Ce protocole comporte un [questionnaire d'évaluation des risques](#) (16) que les établissements de santé peuvent utiliser. Dans chaque pays, certains aspects de ce protocole devront être adaptés pour correspondre au système national de santé publique, de dépistage et de prise en charge clinique des agents de santé, en fonction des capacités, de la disponibilité des ressources et des impératifs d'ordre culturel.

À l'aide de ce protocole normalisé, les données de surveillance sur les infections des agents de santé par le virus de la COVID-19 et sur leur exposition épidémiologique peuvent être systématiquement recueillies et rapidement transmises dans un format qui permet de les compiler, les organiser et les analyser facilement dans plusieurs contextes, à l'échelle locale, nationale et mondiale. Il sera ainsi possible d'enquêter dans les meilleurs délais sur les cas de COVID-19 chez les agents de santé et sur les expositions associées et, ainsi, d'orienter les interventions et les décisions politiques en matière de santé publique.

Ces outils et ces protocoles permettront aux établissements de caractériser les infections survenant chez les agents de santé et de cerner les aspects à améliorer.

Références bibliographiques

1. *Transmission du SARS-CoV-2 – Implications pour les précautions visant à prévenir l'infection : document d'information scientifique*, 9 juillet 2020 [Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333340>, consulté le 5 septembre 2020).
2. *Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des cas suspects ou confirmés de maladie à coronavirus (COVID-19) : orientations provisoires*, 29 juin 2020 [Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333153>, consulté le 16 septembre 2020).
3. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers. *Ann Intern Med.* 2020 Jul 21;173(2):120–36.
4. Vahidy FS, Bernard DW, Boom ML, Drews AL, Christensen P, Finkelstein J, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 Infection Among Asymptomatic Health Care Workers in the Greater Houston, Texas, Area. *JAMA Netw Open.* 2020 Jul 27; 3(7):e2016451.
5. Hughes MM, Groenewold MR, Lessem SE, Xu K, Ussery EN, Wiegand RE, et al. Update: Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 — United States, February 12–July 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Sep 25; 69(38):1364–8.
6. Sikkema RS, Pas SD, Nieuwenhuijse DF, O'Toole Á, Verweij J, van der Linden A, et al. COVID-19 in health-care workers in three hospitals in the south of the Netherlands: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis.* 2020;3099(20):1–8.
7. Hatfield KM, Reddy SC, Forsberg K, Korhonen L, Garner K, Gulley T, et al. Facility-Wide Testing for SARS-CoV-2 in Nursing Homes — Seven U.S. Jurisdictions, March–June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Aug 11; 69(32):1095–9.
8. Bahrs C, Kimmig A, Weis S, Ankert J, Hagel S, Stallmach A, et al. Seroprevalence of SARS CoV-2 antibodies in healthcare workers and administration employees: a prospective surveillance study at a 1,400-bed university hospital in Germany. *medRxiv.* 2020.
9. Luo L, Liu D, Liao X, Wu X, Jing Q, Zheng J, et al. Contact Settings and Risk for Transmission in 3410 Close Contacts of Patients With COVID-19 in Guangzhou, China. *Ann Intern Med.* 2020 Aug 13;M20-2671.
10. Wilkins J, Gray EL, Wallia A, Hirschhorn L, Zembower T, Ho J, et al. Seroprevalence and Correlates of SARS-CoV-2 Antibodies in Healthcare Workers in Chicago. *medRxiv.* 2020.
11. Garcia-Basteiro AL, Moncunill G, Tortajada M, Vidal M, Guinovart C, Jiménez A, et al. Seroprevalence of antibodies against SARS-CoV-2 among health care workers in a large Spanish reference hospital. *Nat Commun.* 2020 Dec 8; 11(1):3500.
12. Nagler AR, Goldberg ER, Aguero-Rosenfeld ME, Cangiarella J, Kalkut G, Monahan CR, et al. Early Results from Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Polymerase Chain Reaction Testing of Healthcare Workers at an Academic Medical Center in New York City. *Clin Infect Dis.* 2020 Jun 28.
13. Data dictionary for case-based reporting form. COVID-19: Surveillance, case investigation and epidemiological protocols, 27 February 2020. Genève, 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/data-dictionary-for-case-based-reporting-form>, consulté le 23 septembre 2020).
14. Henning K J. Overview of Syndromic Surveillance – What is Syndromic Surveillance? (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su5301a3.htm>, consulté le 28 septembre 2020).
15. *Détection des antigènes à l'aide de tests immunologiques rapides pour le diagnostic de l'infection à SARS-CoV-2 : orientations provisoires*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334409>, consulté le 1^{er} octobre 2020).

16. *Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: interim guidance*, 19 mars 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331496>, consulté le 5 septembre 2020).
17. *Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance*, 19 mars 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331510>, consulté le 5 septembre 2020).
18. *Coronavirus disease (COVID-19) Global epidemiological situation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201012-weekly-epi-update-9.pdf>, consulté le 13 octobre 2020).
19. Conseil international des infirmières. *Protéger les infirmières contre la COVID-19, une priorité absolue : une enquête auprès des ANIs du CII* [Internet]. Genève, 2020 (https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-09/Analysis_COVID-19%20survey%20FINAL_FR.pdf, consulté le 13 octobre 2020).
20. *Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272850>, consulté le 28 septembre 2020).
21. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med* [Internet]. 2020 Dec 20;13(1):40.
22. Stuijtzand S, Deforges C, Sandoz V, Sajin C-T, Jaques C, Elmers J, et al. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health*. 2020 Dec 12;20(1):1230.
23. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: A scoping review. *West J Emerg Med*. 2020;21(5):1059-66.
24. Organisation mondiale de la Santé. WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19 pandemic. 28 avril 2020 (<https://www.who.int/news/item/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic>, consulté le 21 septembre 2020).
25. *Minimum requirements for infection prevention and control programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>, consulté le 28 septembre 2020).
26. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med*. 2020;382(22):2081-90.
27. *Prévention et gestion de la COVID-19 dans l'ensemble des services de soins de longue durée : note d'orientation*, 24 juillet 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333843>, consulté le 15 octobre 2020).
28. *Prévention et gestion de la COVID-19 dans l'ensemble des services de soins de longue durée : annexe web*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334183>, consulté le 15 octobre 2020).
29. *Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19 : orientations provisoires*, 21 mars 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331642>, consulté le 15 octobre 2020).
30. *Mesures de base contre les infections associées aux soins*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (https://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_FR3rA.pdf, consulté le 27 septembre 2020).
31. *Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 : orientations provisoires*, 5 juin 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332448>, consulté le 5 septembre 2020).
32. *Utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle (EPI) contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et éléments à considérer en cas de grave pénurie : orientations provisoires*, 6 avril 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331765>, consulté le 30 septembre 2020).
33. *Soins à domicile pour les patients chez qui une COVID-19 est suspectée ou confirmée et prise en charge de leurs contacts : orientations provisoires*, 12 août 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333966>, consulté le 30 septembre 2020).
34. Organisation mondiale de la Santé, Organisation internationale du Travail. *Caring for those who care: National Programmes for Occupational Health for Health Workers* [Internet]. Genève, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/caring-for-those-who-care>, consulté le 7 octobre 2020).
35. Organisation mondiale de la Santé, Organisation internationale du Travail. *Sécurité et santé au travail durant les crises sanitaires : un manuel pour la protection des personnels de santé et des équipes d'intervention d'urgence*. Genève, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333779>, consulté le 12 octobre 2020).
36. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Apr 21 (4).

37. Organisation mondiale de la Santé. WHO Accelerated Disease Control. 2020 (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/en/, consulté le 28 septembre 2020).
38. Clemency BM, Varughese R, Scheafer DK, Ludwig B, Welch J V., McCormack RF, et al. Symptom Criteria for COVID-19 Testing of Health Care Workers. *Acad Emerg Med*. 2020 Jun 8;27(6):469–74.
39. Tostmann A, Bradley J, Bousema T, Yiek W-K, Holwerda M, Bleeker-Rovers C, et al. Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Eurosurveillance*. 2020 Apr 23;25(16).
40. Grant MC, Geoghegan L, Arbyn M, Mohammed Z, McGuinness L, Clarke EL, et al. The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries. Hirst JA, editor. *PLoS One*. 2020 Jun 23;15(6):e0234765.
41. Rivett L, Sridhar S, Sparkes D, Routledge M, Jones NK, Forrest S, et al. Screening of healthcare workers for SARS-CoV-2 highlights the role of asymptomatic carriage in COVID-19 transmission. *Elife*. 2020.
42. Fusco FM, Pisaturo M, Iodice V, Bellopede R, Tambaro O, Parrella G, et al. COVID-19 among healthcare workers in a specialist infectious diseases setting in Naples, Southern Italy: results of a cross-sectional surveillance study. *J Hosp Infect*. 2020 Aug;105(4):596–600.
43. Lombardi A, Consonni D, Carugno M, Bozzi G, Mangioni D, Muscatello A, et al. Characteristics of 1573 healthcare workers who underwent nasopharyngeal swab testing for SARS-CoV-2 in Milan, Lombardy, Italy. *Clin Microbiol Infect*. 2020.
44. Brown CS, Clare K, Chand M, Andrews J, Auckland C, Beshir S, et al. Snapshot PCR surveillance for SARS-CoV-2 in hospital staff in England. *J Infect*. 2020 Sep;81(3):427–34.
45. Parcell BJ, Brechin K, Allstaff S, Park M, Third W, Bean S, et al. Drive-through testing for SARS-CoV-2 in symptomatic health and social care workers and household members: an observational cohort study. *Thorax*. 2020 Aug 27; thoraxjnl-2020-215128.
46. Cattelan AM, Sasset L, Di Meco E, Cocchio S, Barbaro F, Cavinato S, et al. An Integrated Strategy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Workers: A Prospective Observational Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 10;17(16):5785.
47. Treibel TA, Manisty C, Burton M, McKnight Á, Lambourne J, Augusto JB, et al. COVID-19: PCR screening of asymptomatic health-care workers at London hospital. *Lancet*. 2020 May;395(10237):1608–10.
48. Blain H, Rolland Y, Tuailon E, Giacosa N, Albrand M, Jaussent A, et al. Efficacy of a Test-Retest Strategy in Residents and Health Care Personnel of a Nursing Home Facing a COVID-19 Outbreak. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(7):933-6.
49. Chen Y, Tong X, Wang J, Huang W, Yin S, Huang R, et al. High SARS-CoV-2 antibody prevalence among healthcare workers exposed to COVID-19 patients. *J Infect*. 2020 Sep;81(3):420-6.
50. *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance*, 22 mars 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331511>, consulté le 15 octobre 2020).
51. *Tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2 : orientations provisoires*, 11 septembre 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335724>, consulté le 30 septembre 2020).
52. *Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19: interim guidance*, 21 mars 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331509>, consulté le 30 septembre 2020).
53. *Surveillance de la santé publique dans le contexte de la COVID-19 : orientations provisoires*, 7 août 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333903>, consulté le 17 septembre 2020).
54. *Critères pour lever l'isolement des patients atteints de COVID-19 : document d'information scientifique*, 17 juin 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332931>, consulté le 17 septembre 2020).
55. *Care for health workers exposed to the new coronavirus (COVID-19) in health facilities, Interim recommendations*, 13 avril 2020. Organisation panaméricaine de la santé, 2020 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52032/PAHOPHEIMCovid1920005_eng.pdf, consulté le 10 octobre 2020).
56. Centers for Disease Control and Prevention. *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19*. Centers for Disease Control and Prevention, 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>, consulté le 10 octobre 2020).
57. *Prise en charge clinique de la COVID-19 : orientations provisoires*, 27 mai 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332437>, consulté le 15 octobre 2020).
58. *Protocole d'évaluation des facteurs de risque potentiels de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) chez les agents de santé dans un établissement de santé*. Genève, 2020 ([https://www.who.int/fr/publications/i/item/protocol-for-assessment-of-potential-risk-factors-for-2019-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-infection-among-health-care-workers-in-a-health-care-setting](https://www.who.int/fr/publications/i/item/protocol-for-assessment-of-potential-risk-factors-for-2019-novel-coronavirus-(2019-ncov)-infection-among-health-care-workers-in-a-health-care-setting), consulté le 16 octobre 2020).

59. Cassini A, Bergeri I. *Évaluation des facteurs de risque de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) chez les agents de santé : protocole pour une étude cas-témoins*. Genève, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332303>, consulté le 18 octobre 2020).
60. *Protocole de surveillance de l'infection à SARS-CoV-2 chez les agents de santé*, 28 mai 2020, version 1. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332930>, consulté le 18 octobre 2020).
61. *Rapport sur la situation dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43433>, consulté le 15 septembre 2020).
62. *Core competencies for infection prevention and control professionals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335821>, consulté le 12 octobre 2020).

Remerciements

Ce document a été élaboré en concertation avec les experts suivants :

1. Le Groupe spécial chargé d'élaborer les orientations relatives à la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) (par ordre alphabétique) : Jameela Alsalman, ministère de la Santé, Bahreïn ; Anucha Apisarnthanarak, Hôpital universitaire de Thammasat, Thaïlande ; Baba Aye, Internationale des services publics, France ; Roger Chou, Oregon Health Science University, États-Unis d'Amérique ; May Chu, Colorado School of Public Health, États-Unis d'Amérique ; John Conly, Alberta Health Services, Canada ; Barry Cookson, University College London, Royaume-Uni ; Nizam Damani, Southern Health & Social Care Trust, Royaume-Uni ; Dale Fisher, GOARN, Singapour ; Tiouiri Benaïssa Hanene, CHU La Rabta, Tunisie ; Joost Hopman, Centre médical universitaire Radboud, Pays-Bas ; Mushtuq Husain, Institute of Epidemiology, Disease Control & Research, Bangladesh ; Kushlani Jayatilleke, Sri Jayewardenapura General Hospital, Sri Lanka ; Seto Wing Jong, School of Public Health, RAS de Hong Kong, Chine ; Souha Kanj, Centre médical de l'Université américaine de Beyrouth, Liban ; Daniele Lantagne, Tufts University, États-Unis d'Amérique ; Fernanda Lessa, Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique ; Anna Levin, Université de São Paulo, Brésil ; Yuguo Li, The University of Hong Kong, RAS de Hong Kong, Chine ; Ling Moi Lin, Sing Health, Singapour ; Caline Mattar, Alliance mondiale des professions de santé, États-Unis d'Amérique ; Mary-Louise McLaws, University of New South Wales, Australie ; Geeta Mehta, Journal of Patient Safety and Infection Control, Inde ; Shaheen Mehtar, Infection Control Africa Network, Afrique du Sud ; Ziad Memish, ministère de la Santé, Arabie saoudite ; Babacar Ndoye, Infection Control Africa Network, Sénégal ; Fernando Otaiza, ministère de la Santé, Chili ; Diamantis Plachouras, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Suède ; Maria Clara Padoveze, École d'infirmières, Université de São Paulo, Brésil ; Mathias Pletz, Université de Jena, Allemagne ; Marina Salvadori, Agence de la santé publique du Canada, Canada ; Ingrid Schoeman, TB Proof, Afrique du Sud ; Mitchell Schwaber, ministère de la Santé, Israël ; Nandini Shetty, Public Health England, Royaume-Uni ; Mark Sobsey, University of North Carolina, États-Unis d'Amérique ; Paul Ananth Tambyah, National University Hospital, Singapour ; Andreas Voss, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Pays-Bas ; Walter Zingg, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.
2. Experts de l'UNICEF : Gregory Built, Nagwa Hasanin, Raoul Kamadjeu.
3. Réviseurs externes : Howard Catton, Conseil international des infirmières, Suisse ; Raoul Kamadjeu, UNICEF ; Antoon De Schryver, IDEWE-Universiteit Antwerpen, Pays-Bas ; Paolo Durando, Université de Genève, Suisse ; Annalee Yassi, Université de Colombie-Britannique, Canada.
4. Secrétariat de l'OMS : Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, Mekdim Ayana, April Baller, Elizabeth Barrera-Cancedda, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Sophie Harriet Dennis, Sergey Eremin, Dennis Falzon, Nathan Ford, Lice Angulo Gonzalez, Ivan Ivanov, Pierre Claver Kariyo, Ying Ling Lin, Ornella Lincetto, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Kevin Ousman, Nahoko Shindo, Alice Simniceanu, Valeska Stempluk, Maha Talaat Ismail, Joao Paulo Toledo, Maria Van Kerkhove, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed, Matteo Zignol.

L'OMS continue à suivre de près la situation et reste attentive à tout changement susceptible d'avoir une incidence sur ces orientations provisoires. Si certains facteurs devaient évoluer, l'OMS publierait une nouvelle mise à jour. Sinon, ces orientations provisoires resteront valables deux ans après leur date de publication.