



Prévention de la transmission des maladies respiratoires
sévères d'origine infectieuse (MRSI), de l'influenza
aviaire A(H5N1) et de la grippe A(H1N1) d'origine
porcine dans les milieux de soins

22 MAI 2009

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Avis et recommandations

Prévention de la transmission des maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse (MRSI), de l'influenza aviaire A(H5N1) et de la grippe A(H1N1) d'origine porcine dans les milieux de soins

22 MAI 2009

Comité sur les infections
nosocomiales du Québec

Direction des risques biologiques,
environnementaux et occupationnels

Auteurs

Comité sur les infections nosocomiales du Québec, Institut national de la santé publique du Québec

Équipe de rédaction

Marie Gourdeau, médecin microbiologiste - infectiologue, présidente du CINQ
CHA - Pavillon Hôpital Enfant-Jésus

Lucie Beaudreau, conseillère scientifique en prévention des infections nosocomiales
Institut national de la santé publique du Québec

Josée Massicotte, médecin-conseil
Direction de santé publique de la Montérégie

Caroline Quach, pédiatre microbiologiste - infectiologue
Centre universitaire de santé McGill

Membres du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

Membres actifs

Marie Gourdeau, *présidente du comité*, CHA - Pavillon Hôpital Enfant-Jésus

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

Patrick Dolcé, Centre hospitalier régional de Rimouski

Charles Frenette, Centre universitaire de santé McGill

Rodica Gilca, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Goulet, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

Andrée Larose, CHUM - Hôpital Saint-Luc

Josée Massicotte, Direction de santé publique de la Montérégie

Danielle Moisan, Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Renée Paré, Direction de santé publique de Montréal

Caroline Quach, Centre universitaire de santé McGill

Pierre St-Antoine, CHUM - Pavillon Notre-Dame

Jasmin Villeneuve, Direction régionale de la santé publique

Membres d'office

Horacio Arruda, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Marc Dionne, Institut national de santé publique du Québec

Claude Tremblay, CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec

Membres de liaison

Michèle Dupont, Direction de santé publique de Montréal

Brigitte Lefebvre, Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Rocher, Institut national de santé publique du Québec

Roger Savard, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

Madeleine Tremblay, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Mise en pages

Elena Madrid, agente administrative, Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2009

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-56274-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2009)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER LORS DE L'ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION D'UNE INFECTION PAR VOIE AÉRIENNE	3
1.1 Facteurs impliqués dans le mode de transmission par voie aérienne.....	4
2 MESURES S'ADRESSANT AUX MILIEUX DE SOINS	7
2.1 Mesures générales pour prévenir la transmission des infections respiratoires	7
2.2 Triage	8
2.2.1 Maladie respiratoire sévère infectieuse d'étiologie indéterminée (MRSI) ou influenza aviaire A(H5N1).....	8
2.2.2 Contexte actuel – maladie respiratoire fébrile - grippe A(H1N1) d'origine porcine.....	9
2.3 Évaluation médicale d'une personne avec infection respiratoire dans tout milieu de soins (CH, CLSC, centres de réadaptation, services ambulatoires, cliniques médicales) lorsqu'aucune procédure générant des aérosols n'est réalisée	9
2.3.1 Maladie respiratoire sévère infectieuse d'étiologie indéterminée (MRSI) et influenza aviaire A(H5N1).....	9
2.3.2 Contexte actuel – maladie respiratoire fébrile - grippe A(H1N1) d'origine porcine.....	10
2.4 Évaluation médicale ou traitement requérant la réalisation d'une procédure générant des aérosols	11
2.5 Hospitalisation : cas suspect, probable ou confirmé de MRSI ou d'influenza aviaire A(H5N1) et cas de grippe A(H1N1) d'origine porcine	11
2.5.1 Maladie respiratoire sévère infectieuse d'étiologie indéterminée (MRSI) et influenza aviaire A(H5N1).....	11
2.5.2 Contexte actuel – maladie respiratoire fébrile - grippe A(H1N1) d'origine porcine.....	13
2.6 Surveillance	14
2.7 Gestion des contacts étroits d'un cas suspect, probable ou confirmé de MRSI ou d'une influenza aviaire A(H5N1) dans les milieux de soins	14
2.7.1 Définitions	14
2.7.2 Gestion des patients hospitalisés qui correspondent à la définition d'un contact étroit d'un cas suspect probable ou confirmé de MRSI ou d'une influenza aviaire A(H5N1).....	15
2.7.3 Gestion des travailleurs de la santé qui correspondent à la définition d'un contact étroit d'un cas suspect, probable ou confirmé de MRSI ou d'une influenza aviaire A(H5N1)	16

2.8	Gestion des contacts étroits d'un cas suspect, probable ou confirmé de grippe A(H1N1) d'origine porcine	18
2.8.1	Définitions	18
2.8.2	Gestion des patients hospitalisés qui correspondent à la définition d'un contact étroit d'un cas suspect, probable ou confirmé de grippe A(H1N1) d'origine porcine	18
2.8.3	Gestion des travailleurs de la santé qui correspondent à la définition d'un contact étroit d'un cas suspect, probable ou confirmé d'influenza A(H1N1) d'origine porcine	19
3	MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DE LA GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)	21
3.1	Mesures générales pour prévenir la transmission des infections respiratoires dans le milieu	21
3.2	Mesures de prévention et contrôle des infections respiratoires parmi les résidents dans le contexte actuel de maladie respiratoire fébrile – grippe A(H1N1) d'origine porcine	22
3.3	Réalisation d'une procédure générant des aérosols	24
	RÉFÉRENCES	25
ANNEXE 1	DÉFINITION DE CAS SUSPECT DE MALADIE RESPIRATOIRE SÉVÈRE INFECTIEUSE (MRSI)	27
ANNEXE 2	OUTILS DE TRIAGE ET D'ÉVALUATION MÉDICALE	31
ANNEXE 3	TABLEAU SYNTHÈSE DES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE POUR LES CAS SUSPECTS, PROBABLES OU CONFIRMÉS DE MRSI/INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1)/GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE PRÉTRIAGE ET TRIAGE	35
ANNEXE 4	TABLEAU SYNTHÈSE DES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DES MRSI/INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1) ÉVALUATION MÉDICALE, RÉALISATION DE PROCÉDURES GÉNÉRANT DES AÉROSOLS, HOSPITALISATION	39
ANNEXE 5	TABLEAU SYNTHÈSE DES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS LIÉES AUX SYNDROMES D'ALLURE GRIPPABLE/GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE	43
ANNEXE 6	PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES RECOMMANDÉES LORS DE L'HOSPITALISATION D'UN CAS SUSPECT, PROBABLE OU CONFIRMÉ DE MRSI, INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1) OU AUTRE AGENT PATHOGÈNE ÉMERGENT OU RÉÉMERGENT (EX. : SRAS) EN CHSGS	47
ANNEXE 7	MESURES DE PRÉVENTION RECOMMANDÉES LORS DE L'HOSPITALISATION D'UN CAS SUSPECT, PROBABLE OU CONFIRMÉ DE GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE EN CHSGS	51
ANNEXE 8	MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE RECOMMANDÉES POUR LES SOINS AUX RÉSIDANTS ATTEINTS D'UN SYNDROME D'ALLURE GRIPPABLE, DE LA GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE OU D'UNE INFLUENZA SAISONNIÈRE EN CHSLD	55

INTRODUCTION

Version 22 mai 2009

Les mesures recommandées dans ce document ont été formulées à la lumière des connaissances disponibles à ce jour. Elles seront ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances sur les agents pathogènes en cause.

Au moment où un patient consulte en milieu de soins avec un syndrome d'allure grippale (SAG) plus ou moins sévère, l'identité de l'agent étiologique n'est pas connue. Pour cette raison, le présent document regroupe les recommandations qui visent à réduire les risques de transmission des maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), incluant l'influenza aviaire A(H5N1), et la grippe A(H1N1) d'origine porcine dans les milieux de soins, afin de faciliter l'intégration et l'application des mesures. Celles-ci sont fondées sur les données scientifiques actuellement disponibles sur ces infections et sur l'avis d'experts en ce domaine.

Ces recommandations s'adressent aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), aux centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), aux centres de réadaptation et aux services ambulatoires (cliniques externes, CLSC, etc.)

Bien qu'actuellement, le virus de la grippe A(H1N1) d'origine porcine circule en communauté et présente des caractéristiques de virulence et de transmissibilité qui semblent s'apparenter à celles du virus de l'influenza saisonnière, il est important de maintenir une vigilance au regard de toute maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI), incluant les infections respiratoires sévères causées par cette nouvelle souche d'influenza, afin de détecter rapidement tout changement de sa virulence qui pourrait survenir suite à une mutation ou un réassortiment du virus.

1 ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER LORS DE L'ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION D'UNE INFECTION PAR VOIE AÉRIENNE

De nombreuses études ont été réalisées, particulièrement depuis l'émergence du SRAS, sur les modes de transmission des infections respiratoires. Notamment, certains chercheurs ont examiné les modes de transmission de l'influenza de façon à pouvoir déterminer quelles seraient les mesures de prévention les plus appropriées à mettre en place lors d'une éventuelle pandémie d'influenza.

Les observations épidémiologiques ainsi que celles faites en laboratoire permettent de conclure que l'influenza se transmet par gouttelettes et par contact ainsi que par voie aérienne dans certaines circonstances, comme lors de la réalisation de procédures générant des aérosols (Tellier, 2006). Lors de l'émergence d'une nouvelle souche d'influenza A potentiellement pandémique, il est justifié de mettre en place des précautions plus strictes, comme le port d'un appareil de protection respiratoire N-95 (APR N-95), puisque le potentiel de virulence et de transmissibilité est inconnu. Lorsque les connaissances du virus émergent se précisent et que les observations épidémiologiques démontrent que la virulence et la transmissibilité de la souche d'influenza émergente s'apparentent à celle de l'influenza saisonnière, il est justifié de réévaluer les recommandations relatives à la prévention et au contrôle de l'infection. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles tout assurant la sécurité du personnel et des patients.

Les données épidémiologiques actuelles démontrent que la grippe A(H1N1) d'origine porcine présente des caractéristiques de virulence et de transmissibilité semblables à celles de l'influenza saisonnière (Boëlle PY 2009; Fraser C 2009; OMS, 2009; MMWR, 8 mai 2009). Contrairement à l'influenza saisonnière, la population atteinte est majoritairement jeune tout comme les cas sévères observés jusqu'à maintenant. Par ailleurs, le virus ayant commencé à circuler dans la communauté, les cas de syndrome d'allure grippal (SAG) suspects de grippe A(H1N1) d'origine porcine émergents ne peuvent pas être reconnus sur la base du lien épidémiologique avec les voyages, ou d'un tableau clinique spécifique. Les mêmes précautions doivent donc s'appliquer initialement à tous les cas de SAG en tenant compte de leur sévérité.

Les recommandations qui suivent sont **fondées sur l'évaluation du risque** effectuée à partir des éléments suivants : la sévérité de l'atteinte liée au virus de la grippe A (H1N1) s'apparente à celle liée au virus de l'influenza saisonnière; les modes de transmission préférentiels de l'influenza sont la transmission par gouttelettes et contact; le risque de transmission par voie aérienne est généralement minime. Des précisions sont apportées lorsqu'un risque accru de transmission par voie aérienne est suspecté.

La section suivante présente les éléments qui interviennent dans la transmission par voie aérienne et décrit la compréhension actuelle de ce mode de transmission selon divers agents pathogènes, l'objectif étant de mieux comprendre les ajustements apportés aux recommandations transmises antérieurement et de rendre les équipes de prévention des infections aptes à ajuster certaines d'entre elles à la réalité spécifique de leur milieu de soins s'il y a lieu.

1.1 FACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE MODE DE TRANSMISSION PAR VOIE AÉRIENNE

L'examen du mécanisme de transmission des infections respiratoires permet de constater que de nombreux facteurs interviennent pour favoriser ou nuire à la transmission (Kowalski et Bahnfleth, 1998). Ces facteurs se regroupent en 3 catégories:

- ▶ Éléments qui influencent la distance et la trajectoire des particules produites par la personne infectée :
 - Grosseur des gouttelettes produites;
 - Force d'expulsion des gouttelettes à partir de la personne infectée;
 - Ventilation de l'air ambiant (nombre de changement d'air à l'heure, recirculation, turbulence produite).
- ▶ Éléments qui influencent la possibilité que les gouttelettes aient un potentiel infectieux :
 - Les gouttelettes doivent transporter un nombre suffisant de microorganismes infectieux;
 - Le microorganisme doit survivre suffisamment longtemps aux conditions environnementales (température, humidité relative) et conserver son potentiel de contagiosité lorsqu'il est en suspension dans l'air. En ce qui concerne le virus de l'influenza saisonnière, il survivrait plus longtemps lorsque le taux d'humidité relative est inférieur à 40 % et à basse température. (Lowen et coll. 2008; Lowen et coll. 2007; Tellier, 2006).
- ▶ Éléments qui influencent le risque que l'hôte développe une infection :
 - Le microorganisme doit entrer en contact avec l'hôte;
 - Le microorganisme doit atteindre et se fixer à un site spécifique chez l'hôte;
 - La virulence du microorganisme;
 - L'hôte doit être réceptif;

L'ensemble de ces éléments permet de mieux saisir pourquoi un même agent infectieux se transmet à certains moments alors qu'à d'autres, la propagation de l'infection est limitée. Cela explique également pourquoi certaines souches d'un même microorganisme sont responsables d'un plus grand nombre d'infections que d'autres.

Se basant sur les évidences scientifiques disponibles, Roy et Milton (2004) ont proposé un modèle de classification des types de transmission par voie aérienne. Selon ce modèle, les infections respiratoires pourraient se classer dans l'un des trois types de transmission suivants : la transmission par voie aérienne obligatoire, préférentielle ou opportuniste.

La **transmission par voie aérienne obligatoire** concerne les infections qui se transmettent naturellement uniquement par des aérosols qui doivent se déposer dans les voies respiratoires inférieures, et ce, sans intervention invasive. Les particules aériennes peuvent conserver leur potentiel infectieux pendant de longues périodes lorsque mises en suspension dans l'air, ce qui fait que l'infection peut se transmettre sur de longues distances. La tuberculose est une infection faisant partie de cette catégorie.

La **transmission par voie aérienne préférentielle** concerne les infections qui peuvent se transmettre naturellement par plus d'un mode de transmission, mais dont le principal mode de transmission est la voie aérienne. La rougeole et la varicelle sont des exemples d'infections dont la transmission aérienne est préférentielle.

La **transmission par voie aérienne opportuniste** regroupe des infections qui se transmettent habituellement par d'autres modes, tels que par gouttelettes ou contact, mais qui peuvent aussi se propager par de fines particules aérosolisées lorsque les conditions environnementales sont favorables ou dans certaines conditions particulières comme la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols. L'influenza, le norovirus et le SRAS peuvent se transmettre par voie aérienne opportuniste (Roy et Milton, 2004, CDC, 2007; Brankston et coll., 2007; Tellier, 2006). Selon les études épidémiologiques ainsi que celles faites en laboratoire, il semble que les aérosols d'influenza, lorsque présents, ne franchissent pas de grandes distances et ne demeurent pas en suspension dans l'air pendant de longues périodes (CDC, 2007).

L'épidémiologie actuelle de la grippe A(H1N1) d'origine porcine démontre que la souche en circulation est au moins aussi transmissible que l'influenza saisonnière, sans accroissement de la virulence (MMWR 1 mai 2009; OMS, 4 mai; MMWR, 8 mai 2009). Par contre, les données épidémiologiques sur l'influenza aviaire A(H5N1) affichent une très grande virulence sans évidence de transmissibilité soutenue interhumaine.

C'est à la lumière de ces connaissances sur la transmission par voie aérienne opportuniste et de l'épidémiologie des virus de la grippe A(H1N1) d'origine porcine et A(H5N1) d'origine aviaire que des ajustements dans les mesures de prévention et contrôle de la transmission sont proposés pour les cas de SAG, maladie respiratoire sévère d'origine infectieuse (MRSI) et cas prouvés d'influenza A selon le sous-typage (influenza saisonnière ou souche en émergence).

2 MESURES S'ADRESSANT AUX MILIEUX DE SOINS

2.1 MESURES GÉNÉRALES POUR PRÉVENIR LA TRANSMISSION DES INFECTIONS RESPIRATOIRES

- ▶ **Consolider les pratiques de base** : renforcer l'hygiène des mains et s'assurer que les pratiques de base sont intégrées aux soins courants dispensés à tous les patients.
- ▶ Renforcer l'application rigoureuse des précautions additionnelles selon le tableau clinique pour tout patient en investigation ou admis à l'urgence en milieu hospitalier.
- ▶ S'assurer que les travailleurs affectés aux soins des patients aient reçu la formation sur les pratiques de base, les précautions additionnelles, le port d'équipement de protection personnelle et le programme de protection respiratoire de l'établissement.
- ▶ Détecter les personnes qui présentent fièvre et toux dès l'entrée dans l'établissement :
 - Détection passive : Mettre des affiches ou alertes visuelles (traduites dans les langues appropriées à la clientèle) à l'entrée des cliniques externes ou services de l'hôpital (par exemple, service des urgences, imagerie médicale, prélèvements) avisant les personnes présentant des symptômes respiratoires et de la fièvre objectivée ou non (patients, accompagnateurs, etc.) :
 - D'informer la réception et le personnel soignant qu'elles présentent des symptômes, dès qu'elles s'inscrivent;
 - D'appliquer les mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire¹, notamment l'hygiène des mains pour les patients et leur accompagnateur, et le port du masque chirurgical ou de procédure.

ET/OU

- Détection active ou prétriage² Port d'un masque chirurgical ou de procédure, d'une protection oculaire et de gants par le personnel attitré à cette tâche lorsqu'aucune barrière physique n'est en place.
- ▶ Diriger les patients qui présentent des symptômes d'infection respiratoire vers le secteur qui leur est réservé dans la salle d'attente.
- ▶ Installer des affiches ou alertes visuelles faisant la promotion des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire dans les zones communes (par exemple, ascenseurs, salles d'attente, cafétérias, salles de bains); elles serviront d'aide-mémoire à toutes les personnes fréquentant l'établissement.

¹ CINQ (2004). Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins, avis scientifique du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, janvier 2004. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/564-StrategieGlobalePrevention2004\(CINQ\).pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/564-StrategieGlobalePrevention2004(CINQ).pdf)

² La détection active, aussi appelée prétriage, est réalisée par un membre du personnel dans le but de repérer rapidement les personnes présentant un tableau clinique de fièvre et toux, de s'assurer du respect des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire et de les diriger rapidement dans le secteur qui leur est réservé. Cette activité se distingue du triage qui consiste en une évaluation plus exhaustive, réalisée par une infirmière.

- ▶ Faciliter le respect des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire en s'assurant de l'accès des patients et des visiteurs au matériel requis dans les salles d'attente :
 - Fournir des mouchoirs et des poubelles sans contact (par exemple, poubelles à pédale ou sans couvercle) en vue de l'élimination des mouchoirs usagés;
 - Installer des distributeurs de rince-mains antiseptique à base d'alcool dans des endroits appropriés;
 - Prévoir des dispensateurs de savon et des serviettes de papier jetables à côté des lavabos pour le lavage des mains;
 - Fournir des masques chirurgicaux ou de procédure;
 - Afficher les informations sur le port adéquat et sécuritaire des masques et sur la technique d'hygiène des mains.
- ▶ Installer des affiches ou alertes visuelles aux entrées du milieu de soins pour que les visiteurs porteurs d'une infection transmissible reportent leur visite.

2.2 TRIAGE³

Un outil de triage ainsi qu'un sommaire des recommandations pour la prévention et le contrôle des infections lors du tirage sont présentés dans les annexes 1, 2 et 3.

En présence d'un patient avec fièvre objectivée ou non et symptômes respiratoires (toux, difficultés respiratoires) :

- ▶ Faire porter un masque au patient et veiller à ce qu'il pratique l'hygiène des mains.
- ▶ Équipement de protection requis : port du masque chirurgical ou de procédure avec port de gants. Port d'une protection oculaire⁴ si le patient ne peut porter un masque chirurgical ou de procédure, ou s'il ne peut respecter l'hygiène et l'étiquette respiratoire.

2.2.1 Maladie respiratoire sévère infectieuse d'étiologie indéterminée (MRSI)⁵ ou influenza aviaire A(H5N1)

- ▶ Vérifier si le patient a eu une exposition à risque d'avoir contracté une MRSI ou une influenza aviaire A(H5N1) (liée aux voyages, aux soins de santé ou travail en laboratoire, aux animaux ou autres) dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes.
- ▶ Si le patient a eu une exposition à risque de MRSI ou d'influenza aviaire A(H5N1), le diriger immédiatement vers une pièce fermée ou à pression négative.
- ▶ Faire évaluer en priorité par le médecin.

³ Pour les fins de ce document, le terme « Triage » réfère à l'évaluation de la condition des patients faite par une infirmière lorsque ceux-ci se présentent dans un service d'urgence pour y recevoir des soins.

⁴ Protection oculaire : écran facial ou lunettes protectrices. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.

⁵ Voir la définition de MRSI à l'annexe 1

2.2.2 Contexte actuel – maladie respiratoire fébrile - grippe A(H1N1) d'origine porcine

Puisque le virus circule dans la communauté, considérer toutes les maladies respiratoires fébriles comme des cas potentiels de grippe A(H1N1) d'origine porcine.

- ▶ Diriger le patient vers le secteur réservé à cette clientèle dans la salle d'attente ou le diriger vers une pièce fermée.
- ▶ Veiller à ce qu'il respecte rigoureusement l'hygiène et l'étiquette respiratoire.

2.3 ÉVALUATION MÉDICALE D'UNE PERSONNE AVEC INFECTION RESPIRATOIRE DANS TOUT MILIEU DE SOINS (CH, CLSC, CENTRES DE RÉADAPTATION, SERVICES AMBULATOIRES, CLINIQUES MÉDICALES) LORSQU'AUCUNE PROCÉDURE GÉNÉRANT DES AÉROSOLS N'EST RÉALISÉE

Bien que cette section porte sur l'évaluation médicale lorsqu'aucune procédure générant des aérosols n'est requise, certaines précisions doivent être faites sur ces pour procédures mieux saisir les recommandations qui suivent.

Les experts ne peuvent se prononcer sur le risque de transmission par voie aérienne opportuniste lorsque certaines procédures pouvant générer des aérosols sont réalisées. Les procédures généralement citées comme celles qui génèrent des aérosols comprennent l'intubation, le traitement de nébulisation, l'induction d'expectorations, la bronchoscopie, l'aspiration des sécrétions des voies respiratoires qui ne sont pas réalisées en circuit fermé chez un patient intubé, les soins de trachéotomie, le clapping, la ventilation en pression positive via masque facial (BiPAP, CPAP) et la ventilation oscillatoire à haute fréquence. Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte qu'un risque accru de transmission d'infections respiratoires a été documenté lors de la réalisation des procédures suivantes : intubation et manœuvres associées, réanimation cardio-respiratoire, bronchoscopie ainsi que chirurgies et procédures post-mortem impliquant l'utilisation d'outil fonctionnant à haute vitesse (OMS, 2007).

En ce qui concerne l'aspiration naso-pharyngée, il est possible que cette intervention, pratiquée chez de frêles personnes âgées et chez les jeunes enfants ne produise que peu d'aérosols, ce qui pourrait permettre l'ajustement de certaines mesures. Les experts ne peuvent se prononcer sur le risque que cette procédure génère suffisamment d'aérosols infectieux pour nécessiter le port d'un APR N-95 plutôt qu'un masque chirurgical ou de procédure. L'écouvillonnage naso-pharyngé, si effectué, n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme générant des aérosols (CDC 2009).

2.3.1 Maladie respiratoire sévère infectieuse d'étiologie indéterminée (MRSI) et influenza aviaire A(H5N1)

Des précautions rehaussées pour la prévention et le contrôle de la transmission d'une MRSI sont justifiées puisque aucune information ne nous permet de connaître le micro-organisme impliqué et le mode de transmission exact de l'infection respiratoire. **Ces précautions sont également requises auprès des cas suspects d'influenza aviaire A(H5N1)** tant que le mode de transmission de la souche entre humains demeure incertain, qu'il existe une possibilité de mutation ou d'un réassortiment génétique du virus actuel résultant en une

souche capable de se transmettre de façon soutenue entre humains, ou que le virus est associé à un haut taux de mortalité.

Un tableau synthèse des recommandations est présenté en annexe 4.

- ▶ L'évaluation médicale devrait s'effectuer dans une pièce fermée, idéalement à pression négative. Les pièces à pression négative doivent être réservées avant tout pour les situations les plus à risque de transmission d'infections par voie aérienne.
- ▶ Équipement de protection requis : blouse, gants, APR N-95, protection oculaire.
- ▶ Aucune étude ne permet de définir précisément le temps requis pour que les aérosols se déposent ou perdent leur potentiel infectieux. Considérant que la virulence et la transmissibilité de l'agent pathogène en cause sont inconnues au moment de l'évaluation médicale, il est préférable d'attendre un délai, si possible, avant l'admission d'un autre patient dans la pièce où se trouvait le patient infecté. Il revient à l'équipe de prévention des infections de déterminer la durée de ce délai, selon le type de ventilation du local concerné.
- ▶ Procéder à la désinfection des surfaces potentiellement contaminées par les sécrétions respiratoires du patient selon les pratiques habituelles.

2.3.2 Contexte actuel – maladie respiratoire fébrile - grippe A(H1N1) d'origine porcine

Un tableau synthèse des recommandations est présenté en annexe 5.

- ▶ L'évaluation médicale devrait s'effectuer dans une pièce fermée. Il n'est pas nécessaire d'utiliser une pièce à pression négative. Les pièces à pression négative doivent être réservées avant tout pour les situations les plus à risque de transmission d'infections par voie aérienne.
- ▶ Équipement de protection requis : gants, masque chirurgical ou de procédure, protection oculaire. Cette protection est considérée suffisante puisque la durée du contact est généralement brève et qu'en conditions normales, la voie aérienne ne semble pas contribuer à la transmission de l'influenza. Le port de la blouse doit être envisagé lors des contacts étroits avec le patient, s'il y a risque de souillures ou d'éclaboussures par des sécrétions respiratoires ou autres liquides biologiques, tel que recommandé dans les pratiques de base.
- ▶ L'écouvillonnage naso-pharyngé, si effectué, n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme générant des aérosols. Si réalisé, demander au patient d'abaisser le masque tout en maintenant ce dernier sur la bouche.
- ▶ Il n'est pas nécessaire d'attendre un délai suite au départ du patient pour permettre à l'air de la pièce d'être évacué, avant de recevoir un autre patient dans la salle d'examen.
- ▶ Procéder à la désinfection des surfaces potentiellement contaminées par les sécrétions respiratoires du patient selon les pratiques habituelles.

2.4 ÉVALUATION MÉDICALE OU TRAITEMENT REQUÉRANT LA RÉALISATION D'UNE PROCÉDURE GÉNÉRANT DES AÉROSOLS

La description des procédures générant des aérosols est disponible dans la section 2.3. Par ailleurs, un tableau synthèse des recommandations est présenté dans les annexes 4 et 5.

Considérant que le risque de transmission par voie aérienne est accru lors de la réalisation de certaines procédures générant des aérosols :

- ▶ Limiter ce genre de procédures à celles qui sont absolument essentielles;
- ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce au personnel expérimenté nécessaire pour réaliser l'intervention;
- ▶ Si possible, procéder à l'intervention de façon élective dans des conditions contrôlées (ex. : intubation élective dans des conditions contrôlées avec un patient sous sédation);
- ▶ La réalisation de procédures générant des aérosols devrait s'effectuer dans une pièce à pression négative, si possible, ou dans une pièce fermée bien ventilée;
- ▶ Équipement de protection requis : blouse, gants, APR N-95, protection oculaire. Cette protection est requise puisqu'il est possible qu'une quantité suffisante d'aérosols soit produite en peu de temps et dans un espace restreint, pouvant favoriser la transmission de l'infection aux personnes se trouvant dans la pièce;
- ▶ Désinfecter les surfaces qui peuvent avoir été contaminées par des gouttelettes de sécrétions respiratoires du patient.

Étant donné que la transmission par voie aérienne opportuniste implique que la dispersion des aérosols serait limitée dans le temps et l'espace, nous ne recommandons pas qu'un temps d'attente soit respecté afin de permettre un échange d'air entre chaque patient, particulièrement lorsque la virulence et la transmissibilité de l'agent pathogène présumé sont faibles, tel qu'observé avec le virus de la grippe A(H1N1) actuellement en circulation. **Cette recommandation pourrait changer selon les données épidémiologiques obtenues.**

Par ailleurs, lorsque la réalisation d'une telle procédure est faite chez un patient présentant une MRSI ou chez un cas suspect, probable ou confirmé d'influenza aviaire A(H5N1), il est préférable de respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé, si possible, avant d'admettre un autre patient dans la pièce.

2.5 HOSPITALISATION : CAS SUSPECT, PROBABLE OU CONFIRMÉ DE MRSI OU D'INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1) ET CAS DE GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE

2.5.1 Maladie respiratoire sévère infectieuse d'étiologie indéterminée (MRSI) et influenza aviaire A(H5N1)

Les annexes 4 et 6 présentent un sommaire des mesures de prévention et contrôle à mettre en place.

- ▶ Isoler le patient dans une chambre à pression négative si possible, ou une chambre avec porte fermée.

- ▶ Équipement de protection requis dès l'entrée dans la chambre : blouse, gants, APR N-95, protection oculaire.
- ▶ Le médecin ou l'infirmière responsable du patient doit informer immédiatement l'équipe de prévention des infections;
- ▶ Signaler tout cas suspect de MRSI ou d'influenza aviaire A(H5N1) à la Direction de santé publique de votre région (DSP) de votre région;
- ▶ S'assurer que les travailleurs affectés aux soins des patients avec tableau clinique de MRSI ou d'influenza aviaire A(H5N1) :
 - Soient vaccinés contre l'influenza saisonnière si disponible.
 - Aient reçu la formation sur les mesures de précautions additionnelles et sur le port de l'équipement de protection personnelle.
 - Surveillent l'apparition de symptômes (fièvre, symptômes respiratoires) deux fois par jour pendant la durée du contact, jusqu'à dix jours suivant le dernier contact étroit avec le cas.
- ▶ Déplacement des patients :
 - Limiter le déplacement des patients à l'extérieur de la chambre pour des besoins médicaux uniquement.
 - Prévoir l'utilisation d'appareils de diagnostic portatifs (par exemple : appareil de radiologie ou d'ECG) dans les zones de cohorte (matériel et équipement dédiés). Idéalement, ces appareils devraient demeurer dans la zone de cohorte; si cela n'est pas possible, l'appareil doit être nettoyé et désinfecté avant de sortir de cette zone.
 - Le patient doit porter un masque chirurgical ou de procédure si toléré. Sinon, il doit se couvrir le nez et la bouche avec un papier mouchoir afin de contenir les sécrétions des voies respiratoires.
 - Le patient doit procéder à l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre, après s'être mouché et après tout contact avec des sécrétions respiratoires.
- ▶ Antiviraux :

Un traitement antiviral précoce avec un inhibiteur de la neuraminidase est recommandé pour les cas suspects et confirmés d'influenza aviaire. Il devrait être initié dans les 48 heures suivant le début des symptômes. La posologie, la durée de traitement ainsi que la voie d'administration sont sujets à révision. Le traitement actuellement recommandé est l'oseltamivir (Tamiflu) 75 mg deux fois par jour pendant cinq jours. En cas de contre-indication à l'oseltamivir, du zanamivir (Relenza) peut être prescrit, soit 10 mg en inhalation deux fois par jour pendant 5 jours. La distribution du zanamivir dans les voies respiratoires est mal connue chez les patients avec maladie respiratoire sévère. On ne sait pas si l'administration pourrait être associée à de la toux et influencer le risque de transmission. Par ailleurs, certaines données suggèrent que le zanamivir pourrait être actif contre des souches d'influenza résistantes à l'oseltamivir.

Ce traitement doit faire l'objet d'un suivi conjoint par le médecin traitant et par la direction de santé publique de la région concernée. Les informations pertinentes relatives à l'évolution du tableau clinique ou à l'efficacité du traitement (ex. : détérioration clinique

malgré un traitement initié dans les 48 heures suivant le début des symptômes, évidence de laboratoire d'une résistance aux antiviraux, problèmes d'observance, effets secondaires inhabituels) devraient être rapportées à la DSP régionale qui acheminera l'information au MSSS.

Ajuster les mesures de prévention et contrôle en cours de séjour selon les résultats de l'investigation et la pathogénicité du micro-organisme impliqué.

2.5.2 Contexte actuel – maladie respiratoire fébrile - grippe A(H1N1) d'origine porcine

Les recommandations suivantes s'appliquent dans le contexte actuel où le virus présente une faible virulence. Si un patient dont le diagnostic de grippe A(H1N1) est confirmé développe une atteinte sévère, il pourrait être indiqué de mettre en place des mesures de prévention plus strictes, telles que décrites pour les MRSI et l'influenza aviaire A(H5N1) (section 2.5.1). Dans une telle circonstance, le principe de prudence doit être appliqué puisque l'évolution défavorable du tableau clinique pourrait être le signal d'une augmentation de la virulence du virus.

Les annexes 5 et 7 présentent un sommaire des mesures de prévention et contrôle à mettre en place.

- ▶ Isoler le patient dans une chambre individuelle avec porte fermée. Il est possible de regrouper dans une même chambre les patients qui présentent un diagnostic confirmé d'infection au même agent pathogène. Réserver l'occupation de chambres à pression négative, si disponibles dans le milieu de soins, aux patients gravement atteints ou qui présentent une toux importante et incontrôlable, ou qui requièrent la réalisation de procédures générant des aérosols. La protection personnelle requise dans ces circonstances devra être ajustée (blouse, gants, APR N-95, protection oculaire).
- ▶ Équipement de protection personnelle requis : masque chirurgical ou de procédure, protection oculaire, gants. Le port de la blouse doit être envisagé lors des contacts étroits avec le patient, s'il y a risque de souillures ou d'éclaboussures par des sécrétions respiratoires ou autres liquides biologiques tel que recommandé dans les pratiques de base.
- ▶ Le médecin ou l'infirmière responsable du patient doit informer immédiatement l'équipe de prévention des infections dès l'admission du patient.
- ▶ Déplacement des patients :
 - Limiter le déplacement des patients à l'extérieur de la chambre pour des besoins médicaux uniquement.
 - Prévoir l'utilisation d'appareils de diagnostic portatifs (par exemple : appareil de radiologie ou d'ECG) dans les zones de cohorte (matériel et équipement dédiés). Idéalement, ces appareils devraient demeurer dans la zone de cohorte; si cela n'est pas possible, l'appareil doit être nettoyé et désinfecté avant de sortir de cette zone.

- ▶ Si un déplacement à l'extérieur de la chambre est nécessaire, s'assurer que le patient porte un masque chirurgical ou de procédure. Si le port du masque ne peut pas être toléré (par exemple, en raison de l'âge du patient ou de difficultés respiratoires), couvrir le nez et la bouche avec un papier mouchoir afin de contenir les sécrétions des voies respiratoires. Les patients devraient procéder à l'hygiène des mains avant de quitter la chambre, après s'être mouché et après tout contact avec des sécrétions respiratoires.
- ▶ Antiviraux : veuillez vous référer aux recommandations les plus récentes disponibles à l'adresse suivante : <http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca>

2.6 SURVEILLANCE

- ▶ En tout temps, il est important de maintenir une surveillance des cas suspects de syndrome grippal afin de détecter toute transmission à d'autres patients ou aux membres du personnel.
- ▶ En cas de détection d'une transmission nosocomiale limitée (Ex. : dans une ou deux unités de soins), des mesures de contrôle appropriées devront être mises en place, notamment :
 - Regrouper les patients et le personnel dans les unités touchées;
 - Restreindre les nouvelles admissions dans les unités touchées aux patients qui présentent un diagnostic confirmé d'infection au même agent pathogène;
 - Seules les visites pour des raisons humanitaires devraient être autorisées sur les unités touchées.

2.7 GESTION DES CONTACTS ÉTROITS D'UN CAS SUSPECT, PROBABLE OU CONFIRMÉ DE MRSI OU D'UNE INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1) DANS LES MILIEUX DE SOINS

2.7.1 Définitions

- ▶ Période d'incubation
 - La période d'incubation retenue pour les cas de MRSI ne peut être définie à l'avance puisque le germe impliqué n'est pas connu. Cette période peut être établie sur la base de l'épidémiologie liée aux germes connus à ce jour, présumés responsables de la maladie. La période d'incubation de l'influenza aviaire A(H5N1) est de 2 à 7 jours, et celle du SRAS est de 2 à 10 jours.
- ▶ Période de contagiosité
 - La période de contagiosité retenue pour les cas de MRSI ne peut être définie à l'avance puisque le germe impliqué n'est pas connu. Cette période peut être établie sur la base de l'épidémiologie liée au microorganisme présumé responsable de la maladie en attendant la confirmation de l'agent infectieux en cause.
 - La période de contagiosité retenue pour l'influenza aviaire A(H5N1) est de 24 heures avant le début des symptômes jusqu'à :
 - 7 jours après la disparition de la fièvre chez les > 12 ans;
 - 21 jours après le début des symptômes chez les ≤ 12 ans.

- La période de contagiosité retenue pour le SRAS débute dès l'apparition des symptômes jusqu'à 10 jours après la disparition de la fièvre.
- L'immunosuppression peut prolonger la période de contagiosité.

▶ Contact étroit

Personne ayant eu au moins une des expositions suivantes avec une personne atteinte d'une MRSI ou d'une influenza aviaire A(H5N1) pendant sa période de contagiosité :

- Avoir séjourné dans la même chambre;
- Avoir eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires, les liquides organiques ou les excréments (Ex. : selles) d'une personne atteinte.
- Avoir eu un contact prolongé, répété et face à face (< 2 mètres) sans protection appropriée.

2.7.2 Gestion des patients hospitalisés qui correspondent à la définition d'un contact étroit d'un cas suspect probable ou confirmé de MRSI ou d'une influenza aviaire A(H5N1)

En toute circonstance, l'équipe de prévention des infections doit être avisée lorsqu'un patient répond à la définition de contact étroit d'un cas de MRSI ou d'influenza aviaire A(H5N1). La gestion des contacts dépendra de l'agent pathogène présumé, de sa virulence et de sa pathogénicité. En cas de doute, le principe de prudence doit guider le choix des mesures de prévention et contrôle à mettre en place.

- ▶ Hébergement du patient en chambre individuelle avec toilette non partagée pendant la période de contagiosité possible. Une cohorte peut être constituée avec des cas présentant une exposition au même micro-organisme.
- ▶ Équipement de protection requis pendant la période de contagiosité possible : masque chirurgical ou de procédure avec port de gants.
- ▶ Limiter les déplacements du patient hors de sa chambre à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales.
- ▶ Surveillance des symptômes :
 - Les symptômes d'une maladie respiratoire aiguë, soit : fièvre (prise de température deux fois par jour), toux, mal de gorge, conjonctivite ou difficultés respiratoires devraient être surveillés pour les sept à dix jours suivant le dernier contact étroit avec le cas suspect ou confirmé de MRSI.
 - Si un patient hospitalisé ayant eu un contact étroit avec un cas de MRSI développe un ou plusieurs symptômes compatibles avec une maladie respiratoire aiguë, la personne responsable de la prévention des infections doit être avisée. S'il répond à la définition d'un cas suspect de MRSI, il doit être géré comme indiqué à la section 2.5.1.
 - Si un contact étroit hospitalisé reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, la Direction de santé publique (DSP) devrait être avisée afin que la surveillance des symptômes se poursuive et que les mesures appropriées soient prises à domicile ou dans le milieu qui recevra le patient.

- ▶ Antiviraux pour les contacts étroits d'influenza aviaire A(H5N1)
 - L'administration d'une chimioprophylaxie post-exposition avec l'oseltamivir (Tamiflu) est recommandée si elle est débutée dans les sept jours qui suivent le dernier contact avec le cas. La posologie recommandée est de 75 mg une fois par jour pendant dix jours. En cas de contre-indication à l'oseltamivir, du zanamivir (Relenza) peut être prescrit, soit 10 mg une fois par jour pendant 7 à 10 jours.
 - L'utilisation des antiviraux pour la prophylaxie postexposition devrait être suivie conjointement par le médecin traitant et par la direction de santé publique de la région concernée. Les informations pertinentes relatives à l'évolution du tableau clinique ou à l'efficacité de la prophylaxie (Ex. : infection malgré la prophylaxie, évidence de laboratoire d'une résistance aux antiviraux, problèmes d'observance, effets secondaires inhabituels) devraient être rapportées à la DSP régionale qui acheminera l'information au MSSS.
- ▶ Vaccination pour les contacts étroits d'influenza aviaire A(H5N1)
 - Le vaccin annuel le plus récent contre l'influenza humaine devrait être offert immédiatement, si disponible, à ceux qui ne l'ont pas déjà reçu. Le vaccin actuel contre l'influenza humaine n'offre pas de protection à l'individu contre l'influenza aviaire A(H5N1). Toutefois, le vaccin peut potentiellement réduire la possibilité de double infection par des virus d'influenza aviaire A(H5N1) et humaine et minimiser ainsi les possibilités de réassortiment génétique, en particulier si des souches d'influenza saisonnière contenues dans le vaccin saisonnier circulent encore.

2.7.3 Gestion des travailleurs de la santé qui correspondent à la définition d'un contact étroit d'un cas suspect, probable ou confirmé de MRSI ou d'une influenza aviaire A(H5N1)

- ▶ La nécessité pour un travailleur de la santé qui répond à la définition d'un contact étroit d'un cas de MRSI ou d'influenza aviaire A(H5N1) de demeurer à la maison pendant la période de contagiosité s'il développait la maladie, devrait être évaluée localement, cas par cas. L'évaluation devrait se faire notamment en considération du risque de développer l'infection en fonction de l'exposition, du contact du travailleur avec les patients dans le cadre de ses fonctions, et des ressources disponibles.
- ▶ Si un travailleur qui répond à la définition d'un contact étroit d'un cas suspect, probable ou confirmé de MRSI ou d'une influenza aviaire A(H5N1) demeure au travail, il devrait porter un masque chirurgical ou de procédure et respecter rigoureusement les mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire pendant la période de contagiosité possible.
- ▶ Auto surveillance des symptômes :
 - Les travailleurs doivent surveiller les symptômes d'une maladie respiratoire aigüe soit : fièvre (prise de température deux fois par jour), toux, mal de gorge, conjonctivite ou difficultés respiratoires devraient être surveillés pour les sept à dix jours suivant le dernier contact étroit avec le cas suspect, probable ou confirmé de MRSI ou d'influenza aviaire A(H5N1). Le suivi des travailleurs se fera par le bureau de santé de leur établissement.

- Si les travailleurs développent un ou plusieurs symptômes compatibles avec une maladie respiratoire aiguë, ils doivent communiquer avec le service de santé de leur établissement.
- Ils doivent immédiatement limiter leurs contacts avec les patients et avoir une investigation appropriée. Ils devraient être retirés du travail en attendant les résultats de l'investigation. Si aucune cause à la fièvre n'est identifiée et qu'une influenza aviaire A(H5N1) est suspectée, ils devraient être traités immédiatement avec l'oseltamivir à doses thérapeutiques comme s'ils étaient atteints d'influenza.
- S'ils répondent à la définition d'un cas suspect de MRSI ou d'influenza aviaire A(H5N1) et qu'ils doivent être hospitalisés, ils doivent être pris en charge tel qu'indiqué à la section 2.5.1.

► Restriction des activités

Les travailleurs devraient reporter, si possible, un voyage vers une région non affectée pour les dix jours suivant le dernier contact étroit avec un cas infecté par le SRAS et pour les sept jours suivant le dernier contact étroit avec un cas infecté par une influenza aviaire A(H5N1).

► Antiviraux pour le personnel ayant eu des contacts étroits d'influenza aviaire A(H5N1)

L'administration d'une chimioprophylaxie postexposition avec l'oseltamivir (Tamiflu) est recommandée si elle est débutée dans les sept jours qui suivent le dernier contact avec le cas. La posologie recommandée est de 75 mg une fois par jour pendant dix jours. En cas de contre-indication à l'oseltamivir, du zanamivir (Relenza) peut être prescrit, soit 10 mg une fois par jour pendant 7 à 10 jours.

L'utilisation des antiviraux pour la prophylaxie postexposition devrait être suivie conjointement par le médecin traitant et par la direction de santé publique de la région concernée. Les informations pertinentes relatives à l'évolution du tableau clinique ou à l'efficacité de la prophylaxie (ex. : infection malgré la prophylaxie, évidence de laboratoire d'une résistance aux antiviraux, problèmes d'observance, effets secondaires inhabituels) devraient être rapportées à la DSP régionale qui acheminera l'information au MSSS.

► Vaccination du personnel ayant eu un contact étroit avec un cas d'influenza aviaire A(H5N1)

Le vaccin annuel le plus récent contre l'influenza humaine saisonnière devrait être offert immédiatement, si disponible, à ceux qui ne l'ont pas déjà reçu. Le vaccin actuel contre l'influenza humaine n'offre pas de protection à l'individu contre l'influenza aviaire A(H5N1). Toutefois, le vaccin peut potentiellement réduire la possibilité de double infection par des virus d'influenza aviaire A(H5N1) et humain et minimiser ainsi les possibilités de réassortiment génétique.

2.8 GESTION DES CONTACTS ÉTROITS D'UN CAS SUSPECT, PROBABLE OU CONFIRMÉ DE GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE

2.8.1 Définitions

▶ Période d'incubation

La période d'incubation de la grippe A(H1N1) d'origine porcine s'étend de 24 heures jusqu'à 7 jours suivant le dernier contact.

▶ Période de contagiosité

Selon les connaissances actuelles, la période de contagiosité retenue pour les cas de la grippe A(H1N1) d'origine porcine est établie à 24 heures avant l'apparition des symptômes jusqu'à un minimum de 7 jours suivant l'apparition des symptômes. La contagiosité est maximale en présence de symptômes. Les personnes qui présentent des symptômes au delà de 7 jours suivant le début de la maladie devraient être considérées comme potentiellement contagieuses jusqu'à la disparition des symptômes. La période de contagiosité peut être prolongée chez les enfants et les personnes immunosupprimées.

▶ Contact étroit

Personne ayant eu au moins une des expositions suivantes avec une personne répondant à la définition de cas⁶ (cas probable ou confirmé) pendant sa période de contagiosité :

- Avoir séjourné dans la même chambre;
- Avoir eu un contact direct sans protection appropriée avec les sécrétions respiratoires ou des liquides corporels d'une personne atteinte;
- Avoir eu un contact prolongé ou répété et face à face (< 2 mètres) sans protection appropriée.

2.8.2 Gestion des patients hospitalisés qui correspondent à la définition d'un contact étroit d'un cas suspect, probable ou confirmé de grippe A(H1N1) d'origine porcine

En toute circonstance, l'équipe de prévention des infections doit être avisée lorsqu'un patient répond à la définition de contact étroit d'un cas probable ou confirmé de grippe A(H1N1) d'origine porcine.

Mesures recommandées avec un patient hospitalisé ayant eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé de grippe A(H1N1) d'origine porcine:

⁶ Veuillez vous référer à la version la plus récente de la définition de cas de la grippe A(H1N1) au Québec, document disponible à l'adresse suivante : <http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca>.

- ▶ Port de masque chirurgical ou de procédure, combiné au port de gants (patient hébergé en chambre individuelle avec toilette non partagée) pendant la période d'incubation de l'infection.
- ▶ Regrouper au besoin dans une même chambre les patients asymptomatiques considérés comme contacts étroits.
- ▶ Surveiller l'apparition des symptômes :
 - Les symptômes d'une maladie respiratoire aiguë, soit : fièvre (prise de température deux fois par jour), toux, mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration, difficultés respiratoires ou autres symptômes correspondant au tableau clinique observé chez les cas existants, devraient être surveillés pour les sept jours suivant le dernier contact étroit avec le cas probable ou confirmé de grippe A(H1N1) d'origine porcine.
- ▶ Utilisation des antiviraux en prophylaxie post-exposition à des cas probables ou confirmés de grippe A(H1N1) d'origine porcine en milieux de soins :
 - Veuillez vous référer aux recommandations provinciales les plus récentes pour connaître les critères d'utilisation des antiviraux en prophylaxie post-exposition à des cas probables ou confirmés en milieux de soins, document disponible à l'adresse suivante : <http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca>.
- ▶ Si un patient hospitalisé développe un ou plusieurs symptômes compatibles avec la grippe A(H1N1) d'origine porcine, appliquer les mesures de prévention et contrôle des infections recommandées à la section 2.5.2 et faire évaluer pour confirmation du diagnostic.

2.8.3 Gestion des travailleurs de la santé qui correspondent à la définition d'un contact étroit d'un cas suspect, probable ou confirmé d'influenza A(H1N1) d'origine porcine

En toute circonstance, le bureau de santé doit être avisé lorsqu'un travailleur de la santé répond à la définition de contact étroit d'un cas probable ou confirmé de grippe A(H1N1) d'origine porcine.

- ▶ Surveiller l'apparition des symptômes :

Les symptômes d'une maladie respiratoire aiguë, soit : fièvre (prise de température deux fois par jour), toux, mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration, difficultés respiratoires ou autres symptômes correspondant au tableau clinique observé chez les cas existants, devraient être surveillés pour les sept jours suivant le dernier contact étroit avec le cas probable ou confirmé de grippe A(H1N1) d'origine porcine. Le suivi des travailleurs devrait se faire par le bureau de santé de leur établissement.
- ▶ Renforcer l'application des mesures d'hygiène des mains et des pratiques de base par le personnel soignant.
- ▶ Utilisation des antiviraux en prophylaxie post-exposition à des cas probables ou confirmés d'influenza A(H1N1) d'origine porcine en milieux de soins :

- Veuillez vous référer aux recommandations provinciales les plus récentes pour connaître les critères d'utilisation des antiviraux en prophylaxie post-exposition à des cas probables ou confirmés en milieux de soins, document disponible à l'adresse suivante : <http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca>.
- ▶ Si les travailleurs développent un ou plusieurs symptômes compatibles avec une grippe A(H1N1) d'origine porcine, ils doivent communiquer avec le bureau de santé de leur établissement pour évaluation clinique et confirmation du diagnostic. S'ils sont au travail, ils doivent immédiatement limiter leurs contacts avec les patients. Ceux-ci ne doivent pas se présenter au travail pendant toute la durée de la période de contagiosité.

3 MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DE LA GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)

L'application de ces recommandations a pour objectif de limiter la transmission de ce virus parmi la clientèle des CHSLD.

En date du 22 mai 2009, aucun cas d'infection à la grippe A(H1N1) d'origine porcine en CHSLD n'a été rapporté aux autorités de santé publique au Canada. Par ailleurs les données épidémiologiques actuelles démontrent que la grande majorité des cas atteints par cette souche est âgée de moins de 65 ans.

3.1 MESURES GÉNÉRALES POUR PRÉVENIR LA TRANSMISSION DES INFECTIONS RESPIRATOIRES DANS LE MILIEU

- ▶ Installer des affiches ou alertes visuelles (traduites dans les langues appropriées à la clientèle) à l'entrée de l'établissement avisant les visiteurs présentant des symptômes d'allure grippale (fièvre, toux, difficultés respiratoires, mal de gorge ou douleurs musculaires) de reporter leur visite jusqu'à 7 jours suivant l'apparition des symptômes, sauf pour des raisons humanitaires. Si des personnes infectées qui doivent venir visiter un résidant, les aviser de procéder à l'hygiène des mains et de respecter le port du masque chirurgical ou de procédure en tout temps et partout dans l'établissement.
- ▶ Toutes les personnes qui entrent dans l'établissement (visiteurs, membres du personnel et bénévoles) doivent procéder à l'hygiène des mains en utilisant un rince-mains antiseptique.
- ▶ Installer des affiches ou alertes visuelles faisant la promotion des mesures d'hygiène respiratoire dans les zones communes (par exemple, ascenseurs, salles d'attente, cafétérias, salles de bains); elles serviront d'aide-mémoire à toutes les personnes fréquentant l'établissement.
- ▶ Faciliter le respect des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire en facilitant l'accès au matériel requis dans les salles communes :
 - Fournir des mouchoirs et des poubelles sans contact (par exemple, poubelles à pédale ou sans couvercle) en vue de l'élimination des mouchoirs usagés;
 - Installer des distributeurs de rince-mains antiseptique à base d'alcool dans des endroits appropriés;
 - Prévoir des dispensateurs de savon et des serviettes de papier jetables à côté des lavabos pour le lavage des mains;
 - Fournir des masques chirurgicaux ou de procédure (voir annexe 1);
 - Afficher les informations sur le port adéquat et sécuritaire des masques et sur la technique d'hygiène des mains.
- ▶ Consolider les pratiques de base auprès du personnel : renforcer l'hygiène des mains et s'assurer que les pratiques de base sont intégrées aux soins courants dispensés à tous les patients.

3.2 MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES PARMIS LES RÉSIDANTS DANS LE CONTEXTE ACTUEL DE MALADIE RESPIRATOIRE FÉBRILE – GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE

Les recommandations suivantes s'appliquent dans le contexte actuel où le virus présente une virulence et une transmissibilité qui s'apparentent à celle de l'influenza saisonnière.

▶ Période d'incubation

La période d'incubation de la grippe A(H1N1) d'origine porcine s'étend de 24 heures suivant le premier contact jusqu'à 7 jours suivant le dernier contact.

▶ Période de contagiosité

Selon les connaissances actuelles, la période de contagiosité retenue pour les cas de la grippe A(H1N1) est établie à 24 heures avant l'apparition des symptômes jusqu'à un minimum de 7 jours suivant l'apparition des symptômes. La contagiosité est maximale en présence de symptômes. Les personnes qui présentent des symptômes au delà de 7 jours suivant le début de la maladie devraient être considérées comme potentiellement contagieuses jusqu'à la disparition des symptômes. La période de contagiosité peut être prolongée chez les enfants et les personnes immunosupprimées.

▶ Surveiller l'apparition de symptômes d'infections respiratoires parmi les résidants.

▶ Si un résidant présente des symptômes grippaux, faire évaluer par le médecin et procéder à l'investigation requise afin de confirmer le diagnostic d'influenza et d'identifier la souche, influenza saisonnière ou grippe A(H1N1).

▶ Le médecin ou l'infirmière responsable de l'unité doit informer immédiatement l'équipe de prévention des infections dès la confirmation du diagnostic de grippe A (H1N1) d'origine porcine

Mesures de prévention et contrôle à appliquer avec un résidant présentant une grippe A(H1N1) (Voir tableau synthèse des recommandations en annexe 8) :

▶ Hébergement :

- Isoler le patient dans une chambre individuelle avec porte fermée lorsque possible, sinon maintenir une distance de 2 mètres entre les deux résidants en l'absence de barrière physique (ex. rideau séparateur ou paravent mobile).
- Il est possible de regrouper dans une même chambre les patients qui présentent un diagnostic confirmé d'infection au même agent pathogène.

▶ Équipement de protection personnelle requis :

- Masque chirurgical ou de procédure, protection oculaire, gants.
- Le port de la blouse doit être envisagé lors des contacts étroits avec le résidant, s'il y a un risque de souillures ou d'éclaboussures par des sécrétions respiratoires ou autres liquides biologiques tel que recommandé par les pratiques de base.

- ▶ Procéder au nettoyage et à la désinfection des surfaces fréquemment touchées, lesquelles sont plus à risque d'être contaminées par des gouttelettes de sécrétions respiratoires en utilisant le produit habituel.
- ▶ Déplacement du résidant atteint :
 - Limiter le déplacement du résidant à l'extérieur de la chambre pour des besoins médicaux uniquement.
 - Si le déplacement est nécessaire à l'extérieur de la chambre, s'assurer que le résidant porte un masque chirurgical ou de procédure. Si le port du masque ne peut pas être toléré (par exemple, en raison de l'âge du patient ou de difficultés respiratoires), couvrir le nez et la bouche avec un papier mouchoir afin de contenir les sécrétions des voies respiratoires. Le résidant devrait procéder à l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre, après s'être mouché et après tout contact avec des sécrétions respiratoires.
 - Lors du transfert d'un résidant nécessitant une intervention médicale urgente dans un établissement de soins aigus, aviser les ambulanciers et le personnel de l'urgence de l'hôpital à l'avance de la présence de symptômes de SAG chez le résidant afin que ceux-ci appliquent les précautions additionnelles requises.
- ▶ Durée des précautions additionnelles : jusqu'à 7 jours après le début des symptômes. Les personnes qui présentent des symptômes au delà de 7 jours suivant le début de la maladie devraient être considérées contagieuses jusqu'à la disparition des symptômes.
- ▶ S'assurer que les travailleurs affectés aux soins des résidants aient reçu la formation sur les mesures de précautions additionnelles requises et le port d'équipement de protection personnelle.
- ▶ Gestion des contacts étroits : appliquer les mêmes mesures que le cas symptomatique jusqu'à la fin de la période d'incubation.
- ▶ Utilisation des antiviraux en traitement ou prophylaxie post-exposition : veuillez vous référer aux recommandations provinciales les plus récentes pour connaître les critères d'utilisation des antiviraux en traitement ou en prophylaxie post-exposition à des cas probables ou confirmés en milieux de soins, documents disponibles à l'adresse suivante : <http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca>
- ▶ Éclosion :
 - Signaler la présence d'éclosion de cas d'influenza (souche d'influenza saisonnière ou souche grippe A (H1N1)) à la direction de santé publique.
 - En présence d'une éclosion confirmée d'influenza saisonnière (type A H1 ou H3 ou type B) : veuillez vous référer aux « Recommandations pour l'usage des antiviraux en prophylaxie et en traitement dans le contexte d'éclosions d'influenza en CHSLD pour la saison 2008-09 ».

3.3 RÉALISATION D'UNE PROCÉDURE GÉNÉRANT DES AÉROSOLS

Les procédures généralement citées comme celles qui génèrent des aérosols comprennent l'intubation, le traitement de nébulisation, l'induction d'expectorations, la bronchoscopie, l'aspiration des sécrétions des voies respiratoires qui ne sont pas réalisées en circuit fermé chez un patient intubé, les soins de trachéotomie, le clapping, la ventilation en pression positive par masque facial (BiPAP, CPAP) et la ventilation oscillatoire à haute fréquence. Les experts ne peuvent se prononcer sur le risque de transmission par voie aérienne opportuniste lorsque certaines procédures pouvant générer des aérosols sont réalisées.

En ce qui concerne l'aspiration naso-pharyngée, il est possible que cette intervention, pratiquée chez de frêles personnes âgées et chez les jeunes enfants ne produise que peu d'aérosols, ce qui pourrait permettre l'ajustement de certaines mesures. Les données sont insuffisantes sur le risque que cette procédure génère suffisamment d'aérosols infectieux pour nécessiter le port d'un APR N-95 plutôt qu'un masque chirurgical ou de procédure. L'écouvillonnage naso-pharyngé, si effectué, n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme générant des aérosols (CDC 2009).

Considérant que le risque de transmission de l'influenza par voie aérienne opportuniste est accru lors de la réalisation de certaines procédures générant des aérosols :

- ▶ Limiter ce genre de procédures à celles qui sont absolument essentielles;
- ▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce au personnel expérimenté nécessaire pour réaliser l'intervention;
- ▶ La réalisation de procédures générant des aérosols devrait s'effectuer dans une pièce fermée bien ventilée (chambre privée du patient ou une autre pièce);
- ▶ Équipement de protection requis : blouse, gants, APR N-95, protection oculaire. Cette protection est requise puisqu'il est possible qu'une quantité suffisante d'aérosols soit produite en peu de temps et dans un espace restreint, pouvant favoriser la transmission de l'infection aux personnes se trouvant dans la pièce;
- ▶ Étant donné que la transmission par voie aérienne opportuniste implique que la dispersion des aérosols serait limitée dans le temps et l'espace, nous ne recommandons pas qu'un temps d'attente soit respecté afin de permettre un échange d'air entre chaque patient, particulièrement lorsque la virulence et la transmissibilité de l'agent pathogène présumé sont faibles;
- ▶ Il est cependant nécessaire de désinfecter les surfaces qui peuvent avoir été contaminées par des gouttelettes de sécrétions respiratoires du patient.

RÉFÉRENCES

Boëlle PY, Bernillon P, Desenclos JC. A preliminary estimation of the reproduction ratio for new influenza A(H1N1) from the outbreak in Mexico, March-April 2009. *Eurosurveillance*, 14 Mai 2009;14 (9) · www.eurosurveillance.org
<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N19/art19205.pdf>

Brankston G, Gitterman L, Hirji Z, Lemieux C, Gardam M. Transmission of influenza A in human beings. *Lancet Infect Dis*, 2007; 7: 257-265. <http://infection.thelancet.com>

Centers for disease control and prevention. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings 2007. CDC, 2007. 219p.
<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/index.html>

Centers for disease control and prevention. H1N1 Influenza virus biosafety guidelines for laboratory workers. CDC, 13 mai 2009.
http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidelines_infection_control.htm

Centers for disease control and prevention. Interim guidance for infection control for care of patients with confirmed or suspected novel influenza A (H1N1) virus infection in healthcare setting. CDC, 13 mai 2009. http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidelines_infection_control.htm

Kowalski WJ, Bahnfleth W. Airborne respiratory diseases and mechanical systems for control on microbes. *Heating, Piping, Air conditioning*, juillet 1998; 34-48.

Lowen AC, Steel J, Mubareka, S, Palese P. High temperature (30°C) blocks aerosol but not contact transmission of influenza virus. *Journal of virology*, juin 2008; 82(11): 5650-5652.

Lowen AC, Mubareka, S, Steel J, Palese P. Influenza virus transmission is dependant on relative humidity and temperature. *PLOS pathogens*, octobre 2007; 3(10): 1470-1476.

Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Update: Novel Influenza A (H1N1) Virus Infections --- Worldwide, May 6, 2009. CDC, 8 mai 2009; 58(17): 453 – 458
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5817a1.htm>

Organisation mondiale de la santé. Infection prevention and control of epidemic and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care (2007). Disponible sur le site suivant :
www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CD_EPR_2007_6/en/index.html.

Organisation mondiale de la santé. WHO Technical Consultation on the severity of disease caused by the new influenza A (H1N1) virus infections. 6 et 9 mai 2009.
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/Report_20_05MayTeleconferencex.pdf

Roy CJ, Milton DK. Airborne transmission of communicable infection – the Elusive Pathway. *N Engl J Med*, 22 avril 2004; 350(17): 1710-1712.

Tellier R. review of aerosol transmission of influenza A virus. *Emerg Infect Dis*. 2006; 12(11): 1657-1662.

ANNEXE 1

DÉFINITION DE CAS SUSPECT DE MALADIE RESPIRATOIRE SÉVÈRE INFECTIEUSE (MRSI)

Définition de cas suspect de maladie respiratoire sévère infectieuse(MRSI)*

Patient hospitalisé avec	Patient décédé
<ul style="list-style-type: none"> Syndrome respiratoire aigu avec fièvre > 38 °C (buccale) et toux ou difficulté à respirer (dyspnée). <p style="text-align: center;">ET</p> <ul style="list-style-type: none"> Signes de progression de maladie sévère, c'est-à-dire : preuves, sur une radiographie pulmonaire, d'infiltrats correspondant à une pneumonie et à un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ou à une autre maladie respiratoire sévère. <p style="text-align: center;">ET</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucun autre diagnostique au cours des premières 72 heures d'hospitalisation. <p style="text-align: center;">ET</p>	<ul style="list-style-type: none"> Histoire de maladie respiratoire aiguë fébrile inexpliquée (fièvre > 38 °C buccale) et toux ou difficulté à respirer. <p style="text-align: center;">ET</p> <ul style="list-style-type: none"> Résultats d'autopsie correspondant à une pathologie du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sans autre cause identifiable. <p style="text-align: center;">ET</p>
<p>une ou plusieurs expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes (ayant mené ou pas au décès) :</p>	
<p>Exposition liée au voyage</p> <ul style="list-style-type: none"> Une résidence, un voyage récent ou une visite dans une zone potentielle d'émergence ou de réémergence pour une MRSI [(pour le SRAS, il s'agit de la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative spéciale de Hong Kong) et pour l'influenza A H5N1 (zones où des éclosions d'influenza aviaire sont rapportées chez les animaux avec ou sans cas humains notifiés)]; avoir été en contact étroit⁷ avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie et provenant d'une zone potentielle d'émergence ou de résurgence d'une MRSI. <p>Exposition laboratoire/soins de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Travailleur de laboratoire qui utilise directement ou indirectement (manipule des spécimens d'origine animale ou humaine infectés) des agents pathogènes émergents ou ré-émergents; être un membre du personnel soignant qui a été exposé à des patients liés à une enquête en cours ou qui a un lien épidémiologique avec une grippe nosocomiale; avoir été en contact étroit avec un cas humain confirmé ou suspecté d'une MRS (SRAS, influenza A(H5N1), etc.). 	<p>Exposition animale</p> <ul style="list-style-type: none"> Travailleur dans un élevage de volaille ou de porc; travailleur dans une usine de transformation de la volaille domestique; préposé à l'abattage de volailles domestiques (attrapage, mise en sac ou transport d'oiseaux, enlèvement des cadavres de volaille ou de porc); travailleur dans un marché d'animaux vivants; négociant ou marchand d'oiseaux de compagnie ou autres animaux possiblement affectés; chef cuisinier manipulant de la volaille domestique vivante ou récemment abattue ou d'autres animaux possiblement affectés. <p>Exposition, autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposition à des lieux où on a observé de nombreux décès ou de cas de maladie chez la volaille ou les porcs au cours des six semaines précédentes.
<p>Les cas correspondant à cette définition doivent être signalés à l'intervenant de garde à la Direction de santé publique (maladies transmissibles) <i>mettre numéro de téléphone de la DSP de votre région.</i></p>	

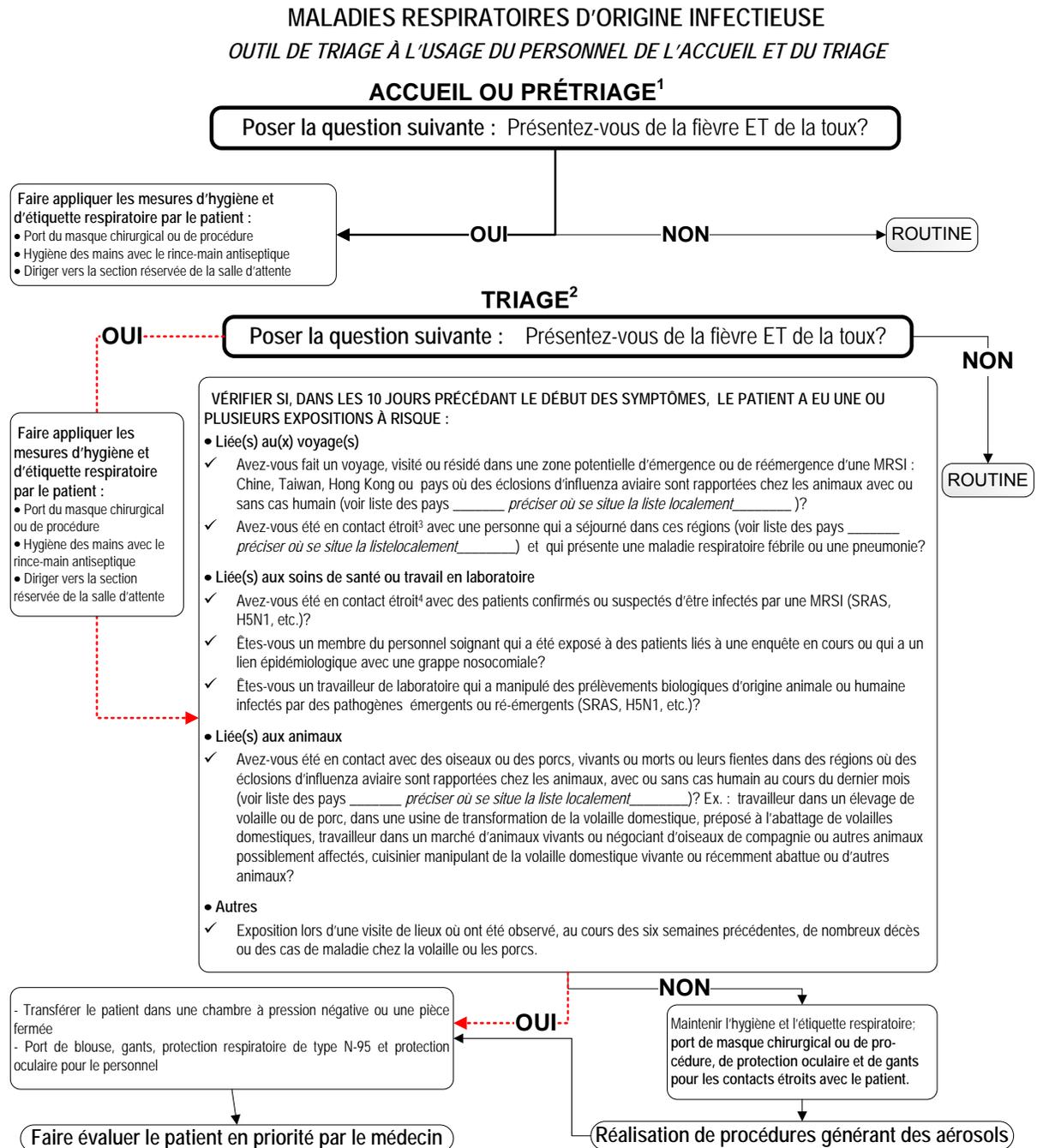
*Adapté de : MSSS. Recommandations de la Direction générale de la Santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux pour une surveillance rehaussée des maladies respiratoires sévères (MRS) émergentes d'origine infectieuse ou potentiellement associées au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et pour la conduite à tenir au regard des cas possibles de grippe aviaire sans transmission interhumaine. Février 2008.

⁷ Définition de contact étroit : Personne ayant eu au moins une des expositions suivantes avec une personne atteinte : avoir donné des soins (sans protection appropriée), avoir vécu sous le même toit (sans protection appropriée), avoir eu un contact prolongé, répété et face à face (<2m), avoir eu un contact direct avec les sécrétions ou les liquides organiques (ex.: selles).

ANNEXE 2

OUTILS DE TRIAGE ET D'ÉVALUATION MÉDICALE

Algorithme 1



¹ Accueil ou prétriage : détection active réalisée par un membre du personnel dans le but de repérer rapidement les personnes présentant un tableau clinique de fièvre et toux, de s'assurer du respect des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire et de les diriger rapidement dans le secteur qui leur est réservé. Cette activité se distingue du triage qui consiste en une évaluation plus exhaustive, réalisée par une infirmière. Cette activité est facultative, selon situation épidémiologique et le risque inhérent dans les milieux.

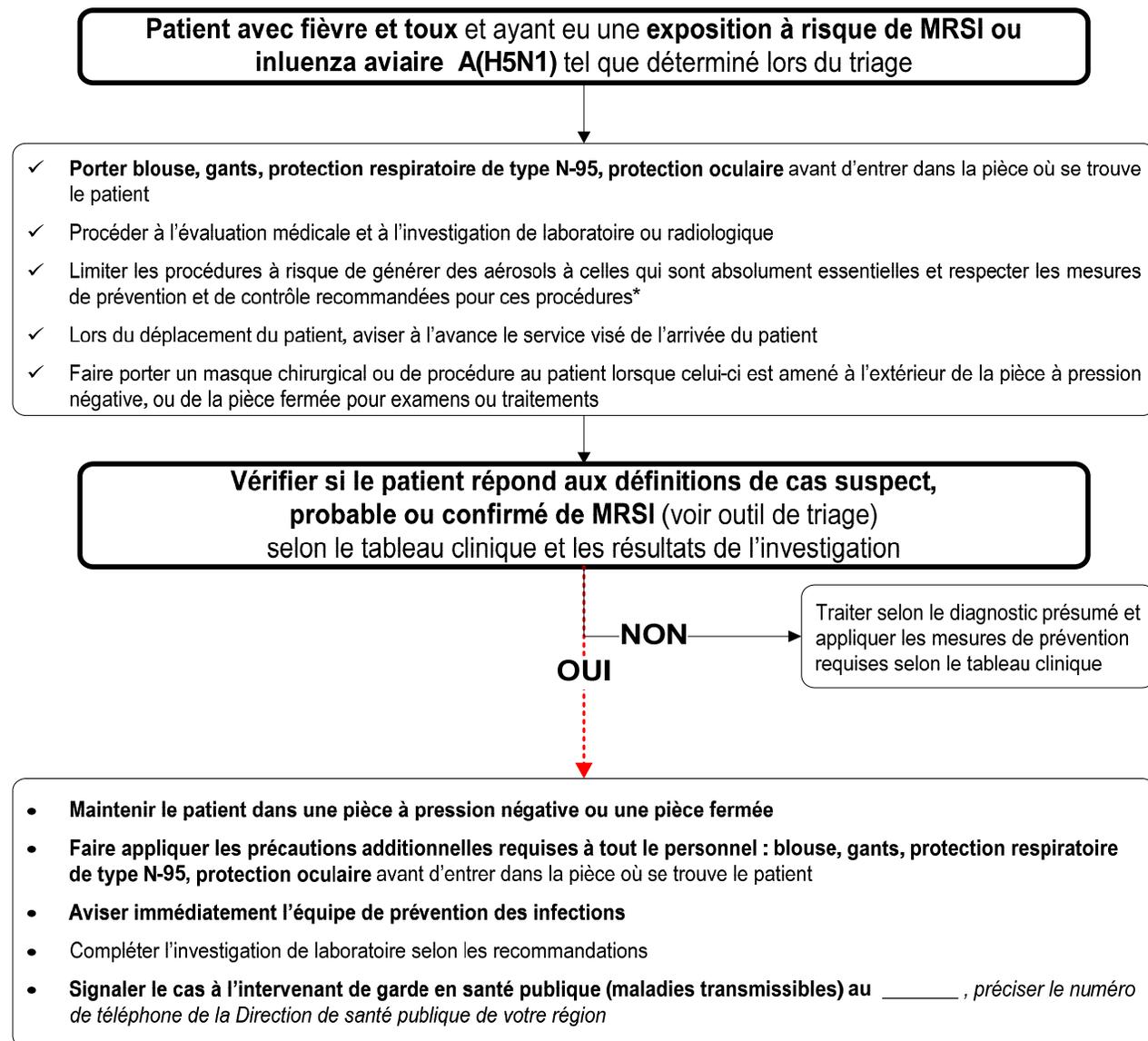
² Pour les fins de ce document, le terme «Triage» réfère à l'évaluation de la condition des patients faite par une infirmière lorsque ceux-ci se présentent dans un service d'urgence pour y recevoir des soins.

³ Personne ayant eu au moins une des expositions suivantes avec une personne atteinte pendant sa période de contagion : avoir donné des soins (sans protection appropriée), avoir vécu sous le même toit (sans protection appropriée), avoir eu un contact prolongé, répété et face à face (< 2 m), avoir eu un contact direct avec les sécrétions ou les liquides organiques (Ex. : selles).

⁴ Contact prolongé, répété, à moins de 2 mètres et sans protection appropriée.

Algorithme 2

MALADIE RESPIRATOIRE SÉVÈRE INFECTIEUSE (MRSI) OU INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1) ÉVALUATION MÉDICALE OU INVESTIGATION À L'USAGE DES CLINIENS



* Réalisation de procédures générant des aérosols

- Idéalement, doivent se faire dans une pièce à pression négative, ou une pièce fermée
- Port de blouse, gants, protection respiratoire de type N95 et protection oculaire pour tout le personnel se trouvant dans la pièce

ANNEXE 3

TABLEAU SYNTHÈSE DES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE POUR LES CAS SUSPECTS, PROBABLES OU CONFIRMÉS DE MRSI/INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1)/ GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE

PRÉTRIAGE ET TRIAGE

Tableau synthèse des mesures de prévention et de contrôle pour les cas suspects, probables ou confirmés de MRSI/Influenza aviaire A(H5N1)/Grippe A(H1N1) — Prétriage et triage

Activité de soins ou intervention réalisée	Hygiène et étiquette respiratoire	Installation physique	Équipements de protection individuelle				Nettoyage/désinfection de l'environnement
			Masque / protection respiratoire	Protection oculaire	Gants	Blouse à manches longues	
Prétriage⁸	Patient : Hygiène et étiquette respiratoire (hygiène des mains et port du masque)	Barrière physique si possible (Ex. plexiglass)	Personnel attitré à cette tâche, en l'absence de barrière physique				Selon les procédures habituelles
			Masque chirurgical ou de procédure	Protection oculaire	Gants	Non requise	
Triage	Si le patient porte un masque et respecte l'hygiène et l'étiquette respiratoire	Pièce fermée	Masque chirurgical ou de procédure	Selon les pratiques de base	Gants	Selon les pratiques de base	Nettoyage et désinfection des surfaces potentiellement contaminées par des sécrétions respiratoires Utiliser les produits habituels
	Si le patient ne peut porter le masque ou ne peut respecter l'hygiène et l'étiquette respiratoire		Masque chirurgical ou de procédure	Protection oculaire	Gants	Selon les pratiques de base	

Recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 22 mai 2009.

⁸ Prétriage: détection active réalisée par un membre du personnel dans le but de repérer rapidement les personnes présentant un tableau clinique de fièvre et toux, de s'assurer du respect des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire et de les diriger rapidement dans le secteur qui leur est réservé. Cette activité se distingue du triage qui consiste en une évaluation plus exhaustive, réalisée par une infirmière. Le prétriage est une activité facultative, mise en place selon la situation épidémiologique et le risque inhérent au milieu.

ANNEXE 4

TABLEAU SYNTHÈSE DES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DES MRSI/INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1)

**ÉVALUATION MÉDICALE, RÉALISATION DE PROCÉDURES
GÉNÉRANT DES AÉROSOLS, HOSPITALISATION**

**Tableau synthèse des mesures de prévention et de contrôle de la transmission des MRSI/Influenza aviaire A(H5N1)
Évaluation médicale, procédures générant des aérosols, hospitalisation**

Activité de soins ou intervention réalisée	Installation physique/ Hébergement	Masque	Protection oculaire	Gants	Blouses manches longues	Nettoyage / désinfection de l'environnement	Matériel et équipement médical	Vaisselle Buanderie Déchets
Évaluation médicale sans procédure générant des aérosols	Idéalement pièce à pression négative ou Pièce fermée bien ventilée Si possible attendre délai avant l'entrée du patient suivant	APR N-95	Protection oculaire	Gants	Blouse	Nettoyage / désinfection surfaces potentiellement contaminées par des sécrétions respiratoires avec produits habituels avant l'entrée d'un autre patient dans cette pièce	Suivre les procédures habituelles	Ne s'applique pas
Réalisation de procédures générant des aérosols⁹ (urgence ou patient hospitalisé)	Idéalement pièce à pression négative ou Pièce fermée bien ventilée Si possible attendre délai avant l'entrée du patient suivant	APR N-95	Protection oculaire	Gants	Blouse	Nettoyage / désinfection surfaces potentiellement contaminées par des sécrétions respiratoires avec produits habituels avant l'entrée d'un autre patient dans cette pièce	Nettoyage et désinfection de l'équipement de soins partagés selon les procédures habituelles	Ne s'applique pas
Hospitalisation	Chambre à pression négative si disponible ou chambre privée avec toilette réservée (porte fermée)	APR N-95	Protection oculaire	Gants	Blouse	Nettoyage / désinfection surfaces potentiellement contaminées par des sécrétions respiratoires avec produits habituels Suivre les procédures habituelles lors du départ patient :	Matériel et équipement médical réservé ou nettoyer avant utilisation auprès d'un autre patient	Selon les procédures habituelles

Recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 22 mai 2009.

⁹ Procédures générant des aérosols : intubation, traitement de nébulisation, l'induction d'expectorations, bronchoscopie, aspiration des sécrétions des voies respiratoires qui ne sont pas réalisées en circuit fermé chez un patient intubé, soins de trachéotomie, clapping, ventilation en pression positive via masque facial (BiPAP, CPAP) et ventilation oscillatoire à haute fréquence (CDC2009)

ANNEXE 5

TABLEAU SYNTHÈSE DES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS LIÉES AUX SYNDROMES D'ALLURE GRIPPALE/GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE

Tableau synthèse des mesures de prévention et de contrôle des infections liées aux syndromes d'allure grippale/grippe A(H1N1) d'origine porcine

Évaluation médicale, procédures générant des aérosols, hospitalisation

Activité de soins ou intervention réalisée	Installation physique/ Hébergement	Masque	Protection oculaire	Gants	Blouses manches longues	Nettoyage / désinfection de l'environnement	Matériel et équipement médical	Vaisselle Buanderie Déchets
Évaluation médicale sans procédure générant des aérosols	Pièce fermée	Masque chirurgical ou de procédure	Protection oculaire	Gants	Selon pratiques de base	Nettoyage / désinfection surfaces potentiellement contaminées par des sécrétions respiratoires avec produits habituels avant l'entrée d'un autre patient dans cette pièce	Suivre les procédures habituelles	Ne s'applique pas
Réalisation de procédures générant des aérosols ¹⁰ (urgence ou patient hospitalisé)	Pièce à pression négative si possible ou pièce fermée bien ventilée	APR N-95	Protection oculaire	Gants	Blouse	Nettoyage / désinfection surfaces potentiellement contaminées par des sécrétions respiratoires avec produits habituels avant l'entrée d'un autre patient dans cette pièce	Nettoyage et désinfection de l'équipement de soins partagés selon les procédures habituelles	Ne s'applique pas
Hospitalisation	Chambre privée (porte fermée)	Masque chirurgical ou de procédure	Protection oculaire	Gants	Selon pratiques de base	Nettoyage / désinfection surfaces potentiellement contaminées par des sécrétions respiratoires avec produits habituels	Matériel et équipement médical réservé	Selon les procédures habituelles
Patients gravement atteint avec toux incontrôlable	Chambre à pression négative si disponible ou chambre privée avec toilette réservée (porte fermée)	APR N-95	Protection oculaire	Gants	Blouse	Suivre les procédures habituelles lors du départ patient :	ou nettoyer avant utilisation auprès d'un autre patient	

Recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 22 mai 2009.

¹⁰ Procédures générant des aérosols : intubation, traitement de nébulisation, l'induction d'expectorations, bronchoscopie, aspiration des sécrétions des voies respiratoires qui ne sont pas réalisées en circuit fermé chez un patient intubé, soins de trachéotomie, clapping, ventilation en pression positive via masque facial (BiPAP, CPAP) et ventilation oscillatoire à haute fréquence (CDC2009).

ANNEXE 6

**PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES RECOMMANDÉES LORS DE
L'HOSPITALISATION D'UN CAS SUSPECT, PROBABLE
OU CONFIRMÉ DE MRSI, INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1) OU AUTRE
AGENT PATHOGÈNE ÉMERGENT OU RÉÉMERGENT (EX. : SRAS)
EN CHSGS**

Tableau synthèse des précautions additionnelles recommandées lors de l'hospitalisation d'un cas suspect, probable ou confirmé de MRSI, influenza aviaire A(H5N1) ou autre agent pathogène émergent ou réémergent (Ex. : SRAS) en CHSGS

Des précautions rehaussées pour la prévention et le contrôle de la transmission d'une MRSI sont justifiées puisque aucune information ne nous permet de connaître le germe impliqué et le mode de transmission exact de l'infection.	
Hébergement	<ul style="list-style-type: none">• Chambre à pression négative si disponible sinon hébergement en chambre privée (avec lavabo + toilette privée), porte fermée en tout temps.• Une affiche explicative placée à la porte de la chambre indique les mesures à prendre.
Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none">• Lavage des mains avec savon antiseptique ou utilisation de rince-mains à base d'alcool selon les pratiques de base ainsi qu'avant et après le retrait des gants.• Ne pas utiliser le lavabo dans la chambre du patient.
Équipement de protection personnelle (facilement accessible en tout temps)	<p>À revêtir avant l'entrée et retirer avant de sortir de la chambre (sauf pour l'APR N-95 : retirer après être sorti de la chambre)</p> <ul style="list-style-type: none">• Blouse à manches longues• APR N-95 utilisé conformément au programme de protection respiratoire• Protection oculaire• Gants non stériles à usage unique et devant recouvrir les poignets.
Port de l'équipement de protection personnelle	<ul style="list-style-type: none">• Pour toutes les personnes qui entrent dans la chambre.• Information sur les risques et formation sur le port de l'équipement de protection pour tout le personnel.
Matériel de soins et équipement médical	<ul style="list-style-type: none">• Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre.• Matériel de soins et équipement médical réservé à l'usage exclusif du patient• Tout le matériel et l'équipement médical doivent être nettoyés et désinfectés après utilisation, avant d'être utilisés pour un autre patient.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none">• Nettoyage et désinfection de l'environnement au moins une fois par jour avec un détergent germicide approuvé pour usage hospitalier. Porter une attention particulière aux surfaces fréquemment touchées (high touch) ou visiblement souillées.• Nettoyage et désinfection selon les procédures habituelles après le transfert ou le congé du patient.

(Suite...)

Tableau synthèse des précautions additionnelles recommandées lors de l'hospitalisation d'un cas suspect, probable ou confirmé de MRSI, influenza aviaire A(H5N1) ou autre agent pathogène émergent ou réémergent (Ex. : SRAS) en CHSGS

<p>Déplacements du patient à l'extérieur de sa chambre</p>	<p> limiter les déplacements du patient à l'extérieur de la chambre à l'essentiel.</p> <p>Aviser à l'avance le service visé de la condition du patient afin qu'ils appliquent les mesures recommandées et d'éviter que le patient attende dans une pièce en présence d'autres patients.</p> <p>Le patient doit porter un masque chirurgical ou de procédure et être couvert d'un drap propre ou porter une blouse à manches longues.</p> <p>Le patient doit procéder à l'hygiène des mains lors de tout déplacement à l'extérieur de la chambre.</p>	
<p>Vaisselle et ustensiles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les procédures habituelles. 	
<p>Buanderie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les procédures habituelles. 	
<p>Déchets</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les procédures habituelles. 	
<p>Visiteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter le nombre de visiteurs à ceux requis pour des raisons humanitaires. • Procéder au triage des membres de la famille et visiteurs. Si ceux-ci présentent des symptômes de maladie respiratoire ils doivent être considérés comme des cas possibles et doivent être référés pour évaluation médicale. • Informer les visiteurs sur les risques et les former sur les mesures spécifiques recommandées. 	
<p>Durée des précautions additionnelles</p>	<p>Si influenza aviaire A(H5N1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • >12 ans et adultes : dès l'admission ad 7 jours après disparition fièvre • Enfants ≤ 12 ans : dès l'admission ad 21 jours après début symptômes 	<p>Si SRAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dès l'admission ad 10 jours après l'arrêt de la température
<p>Manipulation des dépouilles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porter l'équipement de protection personnelle jusqu'à ce que la dépouille soit recouverte d'un drap ou disposée dans un linceul. 	
<p>Travailleurs affectés aux soins et au soutien de ces patients</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter au minimum le nombre de travailleurs qui entrent dans la chambre du patient. • Le personnel doit être vacciné contre l'influenza saisonnière, si disponible. • Surveiller l'apparition de symptômes d'allure grippale (prise de la température BID, mal de gorge, toux et difficultés respiratoires) pour toute la durée du contact jusqu'à dix jours après le dernier contact. 	

Recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 22 mai 2009.

Adapté de : Organisation mondiale de la santé (OMS). Avian influenza, including influenza A(H5N1), in humans; WHO interim infection control guideline for health care facilities. Revised May 2007.

ANNEXE 7

MESURES DE PRÉVENTION RECOMMANDÉES LORS DE L'HOSPITALISATION D'UN CAS SUSPECT, PROBABLE OU CONFIRMÉ DE GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE EN CHSGS

Mesures de prévention recommandées lors de l'hospitalisation d'un cas suspect, probable ou confirmé de grippe A(H1N1) d'origine porcine en CHSGS

Ce tableau résume les mesures de prévention recommandées pour les soins des patients atteints de grippe A(H1N1) d'origine porcine, selon les données épidémiologiques actuellement disponibles, en date du 22 mai 2009.

Ces recommandations seront mises à jour au besoin selon les connaissances sur les caractéristiques de ce virus, ses modes de transmission, sa virulence, etc.

Patients visés par ces mesures	Cas présentant un syndrome d'allure grippale, cas suspects, probables ou confirmés de grippe A (H1N1) d'origine porcine selon la définition de cas. Veuillez consulter la version la plus récente de la définition de cas à l'adresse suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/extranet/pandemie/index.php?prevention_et_protection
Hébergement	<ul style="list-style-type: none"> • Chambre privée, porte fermée en tout temps. • L'utilisation d'une chambre à pression négative sera réservée aux patients gravement atteints ou qui nécessitent la réalisation de procédures générant des aérosols. • Il est possible de regrouper dans une même chambre les patients infectés avec une même souche d'influenza A. • Une affiche explicative placée à la porte de la chambre indique les mesures à prendre.
Hygiène des mains	Lavage des mains avec savon antiseptique ou utilisation de rince-mains à base d'alcool selon les pratiques de base, et avant et après le retrait des gants.
Équipement de protection personnelle (facilement accessible en tout temps)	<p>À revêtir avant l'entrée et retirer avant de sortir de la chambre (sauf pour l'APR N-95 : retirer après être sorti de la chambre)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masque chirurgical ou de procédure • APR N-95 lors de procédures générant des aérosols¹¹ ou si le patient est gravement atteint ou présente une toux importante et incontrôlable • Protection oculaire • Gants non stériles à usage unique bien ajustés et devant recouvrir les poignets • Blouse à manches longues seulement si risques de souillures ou d'éclaboussures de sécrétions respiratoires ou autres liquides biologiques (pratiques de base).
Port de l'équipement de protection personnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pour toutes les personnes qui entrent dans la chambre.
Matériel de soins et équipement médical	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre. • Matériel de soins et équipement médical réservés à l'usage exclusif du patient • Tout le matériel et l'équipement médical doit être nettoyé et désinfecté après utilisation, avant d'être utilisés pour un autre patient.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyage et désinfection de l'environnement au moins une fois par jour avec un détergent germicide approuvé pour usage hospitalier. Porter une attention particulière aux surfaces fréquemment touchées (high touch), ou visiblement souillées. • Nettoyage et désinfection selon les procédures habituelles après le transfert ou le congé du patient ou lors de la cessation des précautions additionnelles.

(Suite...)

¹¹ Exemples de procédures générant des aérosols : intubation, traitement de nébulisation, induction d'expectorations, bronchoscopie, aspirations des sécrétions des voies aériennes qui ne sont pas réalisées en circuit fermé, soins de trachéotomie, clapping, ventilation en pression positive via masque facial (BiPAP, CPAP), ventilation oscillatoire à haute fréquence. (CDC 2009)

Mesures de prévention recommandées lors de l'hospitalisation d'un cas suspect, probable ou confirmé de grippe A(H1N1) d'origine porcine en CHSGS

Ce tableau résume les mesures de prévention recommandées pour les soins des patients atteints de grippe A(H1N1) d'origine porcine, selon les données épidémiologiques actuellement disponibles

Ces recommandations seront mises à jour au besoin selon les connaissances sur les caractéristiques de ce virus, ses modes de transmission, sa virulence, etc.

Déplacements du patient à l'extérieur de la chambre	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter les déplacements du patient à l'extérieur de la chambre à l'essentiel. • Aviser à l'avance le service visé de la condition du patient afin qu'ils appliquent les mesures recommandées et éviter que le patient attende dans une pièce en présence d'autres patients. • Le patient doit porter un masque chirurgical ou de procédure. Sinon couvrir le nez et la bouche avec un papier mouchoir afin de contenir les sécrétions des voies respiratoires. • Le patient doit procéder à l'hygiène des mains avant de quitter la chambre, après s'être mouché et après tout contact avec des sécrétions respiratoires.
Vaisselle et ustensiles	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les procédures habituelles.
Buanderie	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les procédures habituelles.
Déchets	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les procédures habituelles.
Visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Installer des affiches ou alertes visuelles avisant les visiteurs qui présentent des symptômes d'allure grippale de reporter leur visite. • Limiter le nombre de visiteurs à ceux requis pour des raisons humanitaires. • Informer les visiteurs sur les mesures spécifiques recommandées. • Procéder à l'hygiène des mains en utilisant un rince-mains antiseptique en entrant et en sortant de la chambre et porter le masque chirurgical ou de procédure avant d'entrer dans la chambre.
Durée des précautions additionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 7 jours après le début des symptômes. Les personnes qui présentent des symptômes au-delà de 7 jours suivant le début de la maladie devraient être considérées comme potentiellement contagieuses jusqu'à la disparition des symptômes. • La période de contagiosité peut être prolongée chez les enfants et les personnes immunosupprimées.
Manipulation des dépouilles	<ul style="list-style-type: none"> • Porter l'équipement de protection personnelle jusqu'à ce que la dépouille soit recouverte d'un drap ou disposée dans un linceul.
Travailleurs affectés aux soins et au soutien de ces patients	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter au minimum le nombre de travailleurs qui entrent dans la chambre du patient. • Surveiller l'apparition de symptômes d'allure grippale (prise de la température une fois par jour, mal de gorge, toux et difficultés respiratoires) pour toute la durée du contact jusqu'à sept jours après le dernier contact.

Recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 22 mai 2009.

Adapté de :

- ASPC Lignes directrices provisoires à l'intention des travailleurs de la santé dans les établissements de soins de courte durée (Mise à jour : 11 mai 2009) disponible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/swine-porcine/guidance-orientation-ipc-fra.php>
- ECDC Interim Guidance, Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A (H1N1) virus infection Version2, published 11 may 2009 consulté à l'adresse suivante : http://www.ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Health_topics/090511_AH1N1_case_management_annexes.pdf

ANNEXE 8

MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE RECOMMANDÉES POUR LES SOINS AUX RÉSIDANTS ATTEINTS D'UN SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE, DE LA GRIPPE A(H1N1) D'ORIGINE PORCINE OU D'UNE INFLUENZA SAISONNIÈRE EN CHSLD

Mesures de prévention recommandées pour les soins aux résidents atteints d'un syndrome d'allure grippale, de la grippe A(H1N1) d'origine porcine ou d'une influenza saisonnière en CHSLD

<p>Ce tableau résume les mesures de prévention recommandées pour les soins des patients atteints de grippe A(H1N1) d'origine porcine, selon les données épidémiologiques actuellement disponibles, en date du 22 mai 2009.</p> <p>Ces recommandations seront mises à jour au besoin selon les connaissances sur les caractéristiques de ce virus, telles que ses modes de transmission, sa virulence, etc.</p>	
Mesures générales	<ul style="list-style-type: none"> • Installer des affiches ou alertes visuelles avisant les visiteurs qui présentent des symptômes d'allure grippale de reporter leur visite. • Faire la promotion des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire (affiches ou alertes visuelles) et assurer l'accès des résidents, familles et visiteurs au matériel requis.
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller l'apparition de symptômes d'allure grippale (SAG) parmi les résidents, le personnel, les médecins et les bénévoles.
Résidents visés par ces mesures	<ul style="list-style-type: none"> • Résidents présentant un SAG • Cas probables ou confirmés de grippe A(H1N1) d'origine porcine ou d'influenza saisonnière. • Appliquer les mêmes mesures pour les contacts étroits asymptomatiques des résidents atteints (compagnons de chambre).
Hébergement	<ul style="list-style-type: none"> • Idéalement en chambre privée, sinon maintenir une distance ≥ 2 mètres entre les résidents sauf si barrière physique (rideau séparateur ou paravent) • Une affiche explicative placée à la porte de la chambre indique les mesures à prendre.
Hygiène des mains	Lavage des mains avec savon antiseptique ou utilisation de rince-mains à base d'alcool selon les pratiques de base ainsi qu'avant et après le retrait des gants
Équipement protection personnelle (facilement accessible en tout temps)	<p>À revêtir avant l'entrée et retirer avant de sortir de la chambre (sauf pour l'APR N-95 qui doit être retiré après être sorti de la chambre)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masque chirurgical ou de procédure • APR N-95 lors de procédures générant des aérosols¹² • Protection oculaire • Gants non stériles à usage unique bien ajustés et devant recouvrir les poignets • Blouse à manches longues seulement si risques de souillures ou d'éclaboussures de sécrétions respiratoires ou autres liquides biologiques (pratiques de base)
Port de l'équipement de protection personnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pour toutes les personnes qui entrent dans la chambre.
Matériel de soins et équipement médical réservé	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre. • Matériel de soins et équipement médical réservés à l'usage exclusif du patient • Tout le matériel et l'équipement médical doit être nettoyé et désinfecté avant d'être utilisés pour un autre patient.

(Suite...)

¹² Exemples de procédures générant des aérosols : intubation, traitement de nébulisation, induction d'expectorations, bronchoscopie, aspirations des sécrétions des voies aériennes qui ne sont pas réalisées en circuit fermé, soins de trachéotomie, clapping, ventilation en pression positive via masque facial (BiPAP, CPAP), ventilation oscillatoire à haute fréquence. (CDC 2009)

Mesures de prévention recommandées pour les soins aux résidants atteints d'un syndrome d'allure grippale, de la grippe A(H1N1) d'origine porcine ou d'une influenza saisonnière en CHSLD

Ce tableau résume les mesures de prévention recommandées pour les soins des patients atteints de grippe A(H1N1) d'origine porcine, selon les données épidémiologiques actuellement disponibles, en date du 22 mai 2009.

Ces recommandations seront mises à jour au besoin selon les connaissances sur les caractéristiques de ce virus, telles que ses modes de transmission, sa virulence, etc.

Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> Nettoyage et désinfection de l'environnement au moins une fois par jour avec les produits habituels. Porter une attention particulière aux surfaces fréquemment touchées (high touch), ou visiblement souillées. Nettoyage et désinfection selon les procédures habituelles après le transfert ou le congé du patient ou lors de la cessation des précautions additionnelles. 	
Déplacements du résidant à l'extérieur de la chambre	<ul style="list-style-type: none"> Restreindre la participation de toute personne symptomatique aux activités de groupe et aux repas en commun pendant toute la période de contagiosité. Limiter les déplacements du résidant à l'extérieur de la chambre à l'essentiel. Le résidant doit porter un masque chirurgical ou de procédure lorsqu'il quitte sa chambre. Sinon couvrir le nez et la bouche avec un papier mouchoir afin de contenir les sécrétions des voies respiratoires. Le résidant doit procéder à l'hygiène des mains avant de quitter la chambre, après s'être mouché et après tout contact avec des sécrétions respiratoires. 	
Vaisselle et ustensiles	<ul style="list-style-type: none"> Suivre les procédures habituelles. 	
Buanderie	<ul style="list-style-type: none"> Suivre les procédures habituelles. 	
Déchets	<ul style="list-style-type: none"> Suivre les procédures habituelles. 	
Visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> Aviser les visiteurs qui présentent des symptômes d'allure grippale de reporter leur visite. Limiter le nombre de visiteurs. Informar les visiteurs sur les mesures spécifiques recommandées. Demander aux membres de la famille et visiteurs de procéder à l'hygiène des mains en utilisant un rince-mains antiseptique en entrant et en sortant de la chambre et de porter le masque chirurgical ou de procédure avant d'entrer dans la chambre. 	
Durée des précautions additionnelles	<p>Grippe A (H1N1) d'origine porcine :</p> <ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à 7 jours après le début des symptômes. Les personnes qui présentent des symptômes au delà de 7 jours suivant le début de la maladie devraient être considérées contagieuses jusqu'à la disparition des symptômes. 	<p>Influenza saisonnière :</p> <ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à la fin des symptômes, au minimum jusqu'à 5 jours après le début de ces symptômes
Travailleurs affectés aux soins et au soutien de ces résidants	<ul style="list-style-type: none"> Limiter au minimum le nombre de travailleurs qui entrent dans la chambre du patient. S'assurer que les travailleurs affectés aux soins de ces résidants aient reçu la formation sur les mesures de prévention et contrôle des SAG Si un travailleur développe un SAG, il doit contacter le service de santé de son milieu 	

Recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 22 mai 2009.

Adapté de : Ontario Ministry of Health and Long-Term Care : Guidance for Influenza-like illness (ILI) Management in Long-Term-Care (LTC) 19 mai 2009, consulté à l'adresse suivante : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/emu/health_notices/ihn_guidance_20090505.

