

# Protocole d'intervention

Prévention, surveillance et contrôle

Avril 2002

Santé  
et Services sociaux

Québec 

# INFLUENZA EN MILIEU D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Édition produite par :

**Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications**

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction des communications  
1075, chemin Sainte-Foy, 16<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1**

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2003  
Bibliothèque nationale du Canada, 2003  
ISBN 2-550-41617-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

## PRÉAMBULE

Le Comité de concertation en maladies infectieuses (CCMI) des directions de santé publique du Québec, maintenant Table de Concertation Nationale en Maladies Infectieuses (TCNMI), a donné le mandat à un groupe de travail d'harmoniser les approches en prévention et en contrôle des éclosions d'influenza en milieu fermé, pour l'ensemble des régions du Québec. En plus de mettre à profit leur expérience dans le contrôle des éclosions d'influenza, les membres du groupe de travail ont pris en considération les recommandations des groupes experts de même que la littérature scientifique portant sur la prévention, le contrôle et le traitement de l'influenza. Ils ont révisé les programmes de surveillance et de contrôle de l'influenza en milieu fermé déjà développés par plusieurs directions de santé publique au Québec et ailleurs.

Le présent document est subdivisé en cinq chapitres et annexes correspondantes. Le premier aborde les notions essentielles sur l'influenza, ses périodes de contagiosité et d'incubation ainsi que son mode de transmission. Un court paragraphe est réservé au vaccin contre l'influenza. Le deuxième chapitre porte sur la prévention de l'infection. L'accent a été mis sur les mesures reconnues efficaces telles que la vaccination des résidents et de tous leurs contacts (en particulier le personnel soignant). Il aborde également les pratiques préventives de base et les mesures de prévention spécifiques en présence d'activité grippale.

Au chapitre 3 sont présentées les stratégies d'une surveillance efficace et les critères de confirmation d'une éclosion. La mise en œuvre des mesures de contrôle lors de la survenue d'une éclosion d'influenza est décrite dans le quatrième chapitre.

Finalement, le chapitre 5 permet une intégration pratique des notions présentées antérieurement et vise à faciliter la préparation à la saison et aux éclosions d'influenza. Dans ce chapitre, on précisera également le rôle de la Direction de santé publique (DSP) et l'arrimage des établissements avec les laboratoires diagnostiques.

Ce document se veut un outil de travail pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée des différentes régions du Québec. Étant donné l'évolution des connaissances, particulièrement en ce qui a trait à la vaccination et à la médication antivirale, les recommandations contenues dans ce guide seront mises à jour régulièrement, en particulier les annexes 1B (Chapitre 10 du Protocole d'Immunisation du Québec) et 3C ou 3D concernant les ressources de laboratoire régionales. Ainsi l'annexe 1B devra être mise à jour annuellement et les directions de santé publique s'assureront que l'annexe 3C est à jour.

**Le présent document a été produit par le groupe de travail sur l'influenza en milieu fermé. Les personnes suivantes ont fait partie du groupe de travail lors de l'élaboration initiale du document de novembre 2000, ou lors de la mise à jour d'avril 2002 :**

Guy Roy, M.D., Direction de santé publique de Québec (responsable du groupe de travail), 2000 ;  
Louise Alain, inf., ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2000 ;  
Yolaine Rioux, inf., Direction de santé publique de la Montérégie, 2000 ;  
Hélène Dupont, M.D., Direction de santé publique de l'Outaouais, 2000-2002 ;  
Hélène Favron, M.D., Direction de santé publique de la Montérégie, 2000-2002 ;  
Christine Lacroix, M.D., Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2000-2002 ;  
Claire Lemieux, M.D., Direction de santé publique Chaudière-Appalaches, 2000-2002 ;  
Renée Paré, M.D., Direction de santé publique de Montréal-Centre, (responsable du groupe de travail lors de la mise à jour), 2000-2002.

**Personnes ou organismes consultés :**

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2000-2002 ;  
L'ensemble des directions de santé publique du Québec, 2000-2002 ;  
Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 2000-2002 ;  
Marie Gourdeau, M.D., présidente du Comité des infections nosocomiales du Québec, 2000-2002 ;  
Philippe De Wals, M.D., président du Comité d'immunisation du Québec (CIQ) et membre du Comité provincial de surveillance de l'influenza, 2000 ;  
Jean Maziade, M.D., membre du Comité provincial de surveillance de l'influenza, 2000 ;  
Yves Robert, M.D., Institut national de santé publique/Laboratoire de santé publique du Québec, 2000, MSSS, 2002 ;  
Diane Blais, pharmacienne, Comité de Revue de l'Utilisation des Médicaments (CRUM), 2002.



## REMERCIEMENTS

Nous remercions les nombreuses personnes consultées qui ont enrichi ce document de leurs commentaires.

Nous tenons à remercier particulièrement les professionnels des directions de santé publique suivantes qui ont transmis au groupe de travail leur programme de surveillance et de contrôle des éclosions d'influenza, soit : Chaudière-Appalaches, Estrie, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Mauricie et Centre-du-Québec, Montérégie, Montréal-Centre, Outaouais et Québec.

Nous voulons exprimer notre gratitude particulièrement à mesdames Yolaine Rioux et Louise Alain pour leur contribution exceptionnelle aux travaux de rédaction du document.

Finalement, nous remercions également mesdames Linda Ratté et France Fontaine, secrétaires au MSSS et les secrétaires des DSP qui ont apporté leur contribution à ce document.

Pour la mise à jour de ce document, nous tenons à remercier tout particulièrement la docteure Renée Paré et sa secrétaire, madame Hélène Collette.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
<b>1. NOTIONS ESSENTIELLES SUR L'INFLUENZA .....</b>	<b>15</b>
1.1 Définition de l'influenza.....	15
1.2 Contagiosité et incubation .....	15
1.3 Transmission du virus.....	16
1.4 Vaccin contre la grippe.....	16
<b>2. PRÉVENTION .....</b>	<b>17</b>
2.1 Vaccination.....	17
<i>2.1.1 Vaccination des résidents .....</i>	<i>17</i>
<i>2.1.2 Vaccination des employés, médecins, bénévoles et membres de la famille ....</i>	<i>18</i>
2.2 Pratiques préventives de base dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée.....	18
<i>2.2.1 Pratiques de base.....</i>	<i>19</i>
<i>2.2.2 Précautions contre la transmission par gouttelettes.....</i>	<i>20</i>
2.3 Mesures spécifiques en présence d'activité grippale dans la communauté ou en présence de cas sporadiques de syndrome d'allure grippale dans l'établissement.....	21
<i>2.3.1 Rappel de la vaccination et clinique de relance.....</i>	<i>21</i>
<i>2.3.2 Visites aux résidents.....</i>	<i>21</i>
<b>3. SURVEILLANCE .....</b>	<b>23</b>
3.1 Objectif de la surveillance .....	23
3.2 Période de surveillance .....	23
3.3 Quoi surveiller ?.....	23
3.4 Mécanismes de surveillance .....	25
3.5 Écllosion .....	26
<i>3.5.1 Définition d'une éclosion d'influenza.....</i>	<i>26</i>
<i>3.5.2 Confirmation d'une éclosion d'influenza .....</i>	<i>26</i>
<i>3.5.3 Tests de laboratoire.....</i>	<i>27</i>

<b>4. CONTRÔLE D'UNE ÉCLOSION.....</b>	<b>31</b>
4.1 Mesures de base en prévention des infections .....	31
4.2 Précautions contre la transmission par gouttelettes .....	31
4.3 Mesures additionnelles de contrôle durant une éclosion d'influenza.....	32
4.4 Mesures spécifiques de contrôle dans le cas d'éclosion confirmée d'influenza.....	34
<b>4.4.1 Antiviraux : principes généraux d'utilisation.....</b>	<b>34</b>
<b>4.4.2 Amantadine en chimioprophylaxie .....</b>	<b>36</b>
<b>4.4.3 Amantadine en traitement .....</b>	<b>37</b>
<b>4.4.4 Inhibiteurs de la neuraminidase en traitement de l'influenza ou en                 prophylaxie de deuxième ligne lors d'éclosion.....</b>	<b>37</b>
4.5 Fin de l'éclosion .....	39
<b>5. SE PRÉPARER AUX ÉCLOSIONS.....</b>	<b>41</b>
5.1 Identifier une personne responsable .....	41
5.2 Vacciner contre l'influenza les résidents, employés, médecins et bénévoles.....	41
5.3 Préparer la surveillance.....	42
5.4 Préparer le volet communication .....	42
5.5 Préparer la mise en œuvre des mesures de contrôle .....	42
5.6 Support de la Direction de santé publique .....	43
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>45</b>
<b>LISTE DE RÉFÉRENCES ET ADRESSES DE SITES INTERNET.....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXE 1A – TABLEAU DE COMPARAISON ENTRE LES SYMPTÔMES DU RHUME ET DE L'INFLUENZA .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 1B – VACCINS CONTRE L'INFLUENZA (MISE À JOUR ANNUELLE SELON LE PROTOCOLE D'IMMUNISATION DU QUÉBEC).....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXE 2A – EXTRAIT DU GUIDE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS (PRATIQUES DE BASE ET PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES VISANT À PRÉVENIR LA TRANSMISSION DES INFECTIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (SUPPLÉMENT DU RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA).....</b>	<b>63</b>

<b>ANNEXE 2B – POUR UN LAVAGE EFFICACE DES MAINS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXE 2C – TECHNIQUE DU LAVAGE DES MAINS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 2D – EXEMPLE DE LETTRE AUX EMPLOYÉS, MÉDECINS ET BÉNÉVOLES.....</b>	<b>78</b>
<b>ANNEXE 2E – AVIS AUX VISITEURS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXE 2E – AVIS AUX VISITEURS (VERSION ANGLAISE).....</b>	<b>80</b>
<b>ANNEXE 3A – GRILLE DE SURVEILLANCE DES SYNDROMES D'ALLURE GRIPPALE POUR LES RÉSIDENTS .....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXE 3B – GRILLE DE SURVEILLANCE DES SYNDROMES D'ALLURE GRIPPALE POUR LE PERSONNEL ET POUR LES MÉDECINS.....</b>	<b>82</b>
<b>ANNEXE 3C – LES RESSOURCES RÉGIONALES (MISE À JOUR AU BESOIN) .....</b>	<b>83</b>
<b>ANNEXE 3D – TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT (MISE À JOUR AU BESOIN) .....</b>	<b>84</b>
<b>ANNEXE 4A – LETTRE À MARC DIONNE DU CURATEUR PUBLIC .....</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXE 4B - UTILISATION DE L'AMANTADINE .....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXE 4C – UTILISATION DES INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE .....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE 4D - MESURES SPÉCIFIQUES DE CONTRÔLE LORS D'UNE ÉCLOSION D'INFLUENZA EN CHSLD .....</b>	<b>94</b>
<b>ANNEXE 5A – STATUT VACCINAL DES RÉSIDENTS.....</b>	<b>96</b>
<b>ANNEXE 5B – STATUT VACCINAL DES EMPLOYÉS, DES MÉDECINS ET DES BÉNÉVOLES.....</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXE 5C – AVIS AU PERSONNEL.....</b>	<b>98</b>
<b>ANNEXE 5D – LETTRE POUR LES RÉSIDENTS ET LEURS FAMILLES .....</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXE 5D – LETTRE POUR LES RÉSIDENTS ET LEURS FAMILLES (VERSION ANGLAISE).....</b>	<b>101</b>
<b>ANNEXE 5E – EXEMPLE DE DEMANDE DE CONSENTEMENT .....</b>	<b>103</b>
<b>ANNEXE 5E – EXEMPLE DE DEMANDE DE CONSENTEMENT (VERSION ANGLAISE).....</b>	<b>104</b>

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b>	Algorithme pour la confirmation d'une éclosion d'influenza.....	29
<b>Tableau 2</b>	Indications proposées pour l'utilisation des inhibiteurs de la neuraminidase en CHSLD.....	39

## INTRODUCTION

L'influenza, communément appelée grippe, demeure une cause importante de mortalité et de morbidité. En effet, chaque année au Canada, entre 70 000 et 75 000 personnes sont hospitalisées pour des complications à la suite de l'influenza et 6 700 personnes en meurent (Conférence canadienne de concertation sur la grippe, 1993). Au Québec, on dénombre annuellement 1 300 à 1 600 décès reliés à l'influenza et à ses complications<sup>1</sup>. Ceci est particulièrement vrai chez les personnes âgées et chez celles ayant des problèmes de santé chroniques sous-jacents (Mayhall C.G., 1996). En effet, plus de 90 % des décès attribuables aux pneumonies et à l'influenza se produisent chez les personnes âgées de 65 ans et plus (CDC, avril 2001).

Les milieux d'hébergement et de soins de longue durée<sup>2</sup> accueillent de nombreuses personnes qui, en raison de leur âge ou de leur état de santé, risquent de développer des complications si elles contractent une infection causée par le virus de l'influenza. De plus, le regroupement de ces personnes dans un espace fermé favorise la transmission du virus. Les employés de même que les visiteurs infectés par le virus peuvent servir de porte d'entrée à l'influenza dans ces milieux. Les contacts répétés des employés avec les résidents infectés favorisent aussi la transmission du virus d'un résident à un autre, particulièrement si les mesures de prévention ne sont pas respectées. Ainsi, en quelques jours, une éclosion d'influenza peut affecter une grande partie des résidents avec un taux d'attaque pouvant atteindre 60 % (Nicholson K.G., Webster R.G. *et al.*, 1998) et entraîner l'exacerbation de maladies chroniques cardiaques ou pulmonaires, voire le décès de plusieurs résidents.

Il a été démontré que l'administration du vaccin contre l'influenza chez les patients âgés en centre de soins de longue durée est associée à une diminution du risque de pneumonie et de décès. La protection contre l'influenza est cependant incomplète chez ces personnes, probablement en raison d'une réduction de leur fonction immunitaire (Goronzy J.J., Fulbright J.W. *et al.*, 2001).

---

<sup>1</sup> Communication personnelle de D<sup>re</sup> Monique Douville-Fradet (juin 2000). *Les moyennes annuelles québécoises de décès reliés à l'influenza et ses complications* (données comptabilisées jusqu'en 1998).

<sup>2</sup> Cette catégorie de centres regroupe les centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres d'accueil de la classe des centres d'hébergement, tel que le décrit la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les recommandations contenues dans ce document s'appliquent aux centres d'hébergement et de soins de longue durée, qu'ils soient publics, privés conventionnés ou privés non conventionnés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000).

En effet, lorsque la souche vaccinale correspond à la souche circulante, la vaccination de cette clientèle ne prévient la maladie que dans 30 à 40 % des cas alors que l'hospitalisation est prévenue dans 50 à 60 % des cas et le décès dans 85 % des cas (MSSS [PIQ], 1999).

Bien que la vaccination annuelle des résidents soit primordiale, elle ne suffit pas à elle seule à prévenir la transmission du virus de l'influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. En effet, on sait qu'au Canada malgré des taux de couverture vaccinale de 90 % chez les résidents, près de la moitié de ces milieux rapportent au moins une éclosion d'influenza par année (McGeer A. *et al.*, 2000). C'est pourquoi des taux élevés de couverture vaccinale chez le personnel soignant et une bonne préparation à la surveillance et au contrôle des éclosions avant la saison d'activité grippale sont indispensables. Il faut donc adopter une approche proactive et globale dans nos interventions afin de limiter les conséquences sur la clientèle hébergée.

Dans ce document, l'accent est donc mis sur des mesures comme la formation (CDC, 1997) et la vaccination du personnel soignant (CCNI, 2001) qui ont été démontrées efficaces pour prévenir des décès chez les personnes âgées. Nous insistons également sur l'importance d'une surveillance étroite des syndromes d'allure grippale chez les résidents et chez le personnel et sur la confirmation rapide de l'influenza en laboratoire afin d'implanter, au bon moment, les mesures de contrôle appropriées et de limiter ainsi la morbidité et la mortalité associées aux saisons grippales.

# 1. NOTIONS ESSENTIELLES SUR L'INFLUENZA

Afin de faciliter la compréhension des mesures proposées, nous présentons les notions essentielles suivantes sur l'influenza.

## 1.1 Définition de l'influenza

Infection communément appelée grippe, l'influenza est causée par le virus influenza. On distingue trois types de virus influenza : A, B et C. Les types A et B sont responsables des épidémies d'affections respiratoires qui se produisent principalement l'hiver en Amérique du Nord (Mandell G.L., Bennett J.E. *et al.*, 2000), alors que le type C ne cause pas de problèmes cliniques. L'infection à influenza, ci-après nommée « influenza », s'accompagne généralement d'un début soudain de fièvre avec céphalées, toux, perte d'appétit, douleurs musculaires et fatigue. Il est à noter que cette présentation clinique peut être atypique chez les personnes âgées.

L'influenza peut se compliquer d'une pneumonie ou de l'exacerbation d'une maladie chronique. Évoluant habituellement vers la guérison spontanée en 5 à 7 jours, l'influenza présente des conséquences plus graves chez les personnes atteintes de maladies chroniques, chez celles hébergées en institution ou chez celles âgées de 65 ans ou plus. Il est important de distinguer l'influenza des infections respiratoires banales, comme le rhume, qui sont généralement sans conséquence (MSSS [PIQ], 1999). Un tableau comparatif des principaux symptômes du rhume et de l'influenza se trouve à l'annexe 1A.

## 1.2 Contagiosité et incubation

La période de contagiosité de l'influenza s'étend de 24 heures avant le début des symptômes jusqu'à 5 jours après le début des symptômes chez l'adulte, et jusqu'à 7 jours après le début des symptômes chez l'enfant (Bennett J.V., Brachman P.S. *et al.*, 1992 ; Wenzel R.P., 1993 ; Chin J., 2000). La période d'incubation est habituellement de 2 à 3 jours (Nicholson K.G., Webster R.G. *et al.*, 1998).

### **1.3 Transmission du virus**

Le principal réservoir du virus est l'humain. La transmission se fait principalement par gouttelettes infectées de sécrétions respiratoires, par contact direct (de personne à personne) ou par contact indirect (par un objet contaminé). Le virus peut survivre cinq minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions séchées et jusqu'à 48 heures sur des objets (Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, 1998 ; Nicholson K.G., Webster R.G. *et al.*, 1998). Les travailleurs de la santé constituent un véhicule important pour les infections transmises en établissements (Mayhall C.G., 1996), mais leur vaccination contre l'influenza réduit cette transmission (CDC, avril 2001).

### **1.4 Vaccin contre la grippe**

L'information relative à l'administration du vaccin contre l'influenza, ses indications et ses contre-indications, son efficacité ainsi que la description des clientèles à risque et des groupes cibles se trouvent au chapitre 10 (mis à jour annuellement) du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) (MSSS [PIQ], 1999). Une copie de ce chapitre est jointe à l'annexe 1B, mais devra être mise à jour chaque année. En ce qui a trait à l'aspect légal de la vaccination, aux notions de consentement éclairé, d'ordonnance médicale, de délégation d'actes et d'enregistrement des données, ces renseignements se trouvent aux chapitres 2 et 5 du même protocole (MSSS [PIQ], 1999).

Le MSSS renouvelle chaque automne son programme de vaccination contre l'influenza et envoie des directives aux directeurs de santé publique concernant les populations qui pourront recevoir le vaccin gratuitement.

## 2. PRÉVENTION

Les mesures de prévention sont essentielles pour réduire la survenue des éclosions d'influenza en milieu fermé. Elles regroupent la vaccination, les pratiques préventives de base pour empêcher la transmission des infections et les mesures spécifiques en présence d'activité grippale dans la communauté.

### 2.1 Vaccination

#### 2.1.1 Vaccination des résidents

La vaccination demeure le meilleur moyen de prévention de l'influenza. En plus de conférer une protection individuelle, la vaccination des résidents contribue également à réduire la transmission du virus de l'influenza. L'objectif provincial est de vacciner annuellement au moins 80 % des personnes en milieu d'hébergement et de soins de longue durée (MSSS, 2001). Tous les efforts doivent donc être mis en œuvre afin d'obtenir un tel taux de couverture vaccinale.

Chez les personnes très âgées ou malades, en raison d'une diminution de leur immunité, la protection conférée par le vaccin peut durer moins de 4 mois alors que chez les personnes jeunes et en bonne santé, elle peut persister 6 mois ou plus (MSSS [PIQ], 1999). Les personnes âgées en bonne santé dans la communauté peuvent aussi bénéficier d'une protection de 6 mois ou plus (Buxton J.A., Skowronski D.M. *et al.*, juillet 2001 ; Glezen W.P., 1997). Par conséquent et en général, afin de maintenir une bonne protection jusqu'à la fin de la saison d'influenza, il est préférable de vacciner la clientèle en milieu fermé en novembre même si la campagne de vaccination en milieu ouvert peut débuter plus tôt. La Direction de santé publique (DSP) vous avisera si une vaccination plus précoce s'avérerait nécessaire en raison d'une circulation du virus dans votre région.

### **2.1.2 Vaccination des employés, médecins, bénévoles et membres de la famille**

Parmi les populations cibles pour la vaccination contre l'influenza, on retrouve, entre autres, les membres du personnel de la santé, les médecins, les bénévoles et les membres de la famille qui ont des contacts directs avec les personnes à risque. Il a été démontré que la vaccination des travailleurs des établissements de santé réduisait la mortalité totale chez les patients, les syndromes grippaux et les cas de grippe sérologiquement confirmés (Carman W.F., Elder A.G. *et al.*, 2000 ; CCNI, 2001). De même, le nombre annuel d'éclosions dans un milieu fermé décroît avec l'augmentation du taux de couverture vaccinale du personnel soignant (Stevenson C.G., McArthur M.A. *et al.*, 2001). Malheureusement, selon les données régionales disponibles, les taux de couverture vaccinale chez les membres du personnel demeurent généralement nettement insuffisants.

Dans le protocole d'intervention *Prévention des infections chez le personnel des établissements de santé* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 1999), « il est recommandé que le personnel travaillant auprès des personnes suivantes, pendant la saison grippale, soit vacciné contre l'influenza : personnes âgées de 65 ans ou plus ou personnes atteintes d'une déficience chronique cardiaque, rénale, métabolique, hématologique ou immunitaire ». Cette vaccination devrait avoir lieu annuellement et devrait être offerte dans le milieu de travail. En l'absence de contre-indication médicale, « si un membre du personnel refuse l'immunisation recommandée, la situation devra être examinée par l'établissement concerné. Toute personne refusant d'être immunisée devra connaître les risques encourus et, surtout, être informée quant à la possibilité de se voir refuser le privilège de travailler auprès de certains types de résidents » (MSSS, 1999).

## **2.2 Pratiques préventives de base dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée**

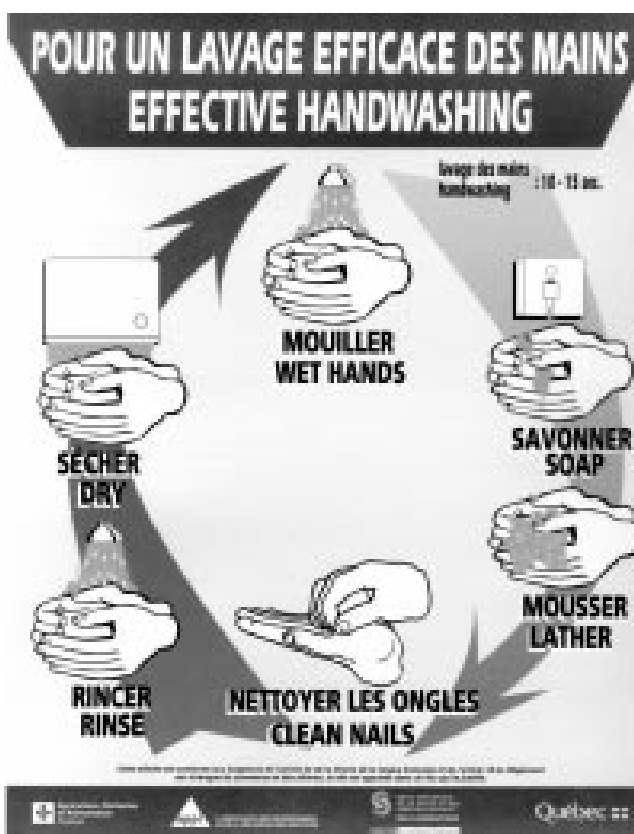
Ce document ne vise pas à expliciter les pratiques préventives de base de la transmission des infections dans les établissements de soins prolongés, car ces mesures sont décrites dans le *Guide de prévention des infections : Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*, élaboré par Santé Canada (Santé Canada, 1999). Quelques extraits pertinents de ce guide sont toutefois présentés à l'annexe 2A.

### 2.2.1 Pratiques de base

Les recommandations concernant les pratiques de base telles que le lavage des mains, le port des gants, du masque, de la blouse, l'utilisation des fournitures de toilette et de l'équipement servant aux soins des résidents sont présentées en annexe 2A.

Le lavage des mains demeure une des mesures de prévention des infections les plus efficaces en tout temps. Cette mesure doit donc être rappelée de façon constante et s'intensifier en période d'activité grippale. Le lavage des mains avec du savon ordinaire (détergent) permet d'éliminer la majeure partie de la flore microbienne transitoire<sup>3</sup>. Se référer aux annexes 2B et 2C pour la technique recommandée du lavage des mains.

#### Extrait de l'annexe 2B

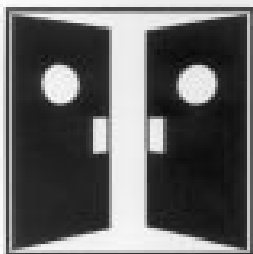





<sup>3</sup> Pour obtenir des recommandations spécifiques, se référer au « Guide de prévention des infections : lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé », Relevé des maladies transmissibles au Canada, Volume 24S8, décembre 1998 (Santé Canada, 1998).

### 2.2.2 Précautions contre la transmission par gouttelettes

En plus des précautions de base, les précautions contre la transmission par gouttelettes doivent être observées avec un résident qui présente une infection aiguë des voies respiratoires, et ce, tout au long de l'année. Comme plusieurs virus peuvent survivre sur des objets, le lavage des mains **doit être appliqué de façon rigoureuse** après un contact avec le résident ou son **environnement pouvant être contaminé** par les gouttelettes du résident (Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, 1998 ; Nicholson K.G., Webster R.G. *et al.*, 1998).

#### Extraits de l'annexe 2A – Précautions contre la transmission par gouttelettes (Santé Canada)

 <p><b>PLACEMENT DU PATIENT</b></p> <p>Maintenir une distance d'au moins 1 mètre (3 pieds) entre les patients On peut laisser la porte ouverte</p>	 <p><b>MASQUE</b></p> <p>Masque chirurgical à moins d'un (1) mètre (3 pieds) d'un patient qui tousse</p>	 <p><b>LAVAGE DES MAINS</b></p> <p>Avant tout contact direct avec le patient Après avoir touché des surfaces contaminées Après tout contact direct avec le patient</p>	 <p><b>TRANSPORT DU PATIENT</b></p> <p>Transport uniquement lorsque c'est essentiel Le patient doit porter un masque chirurgical durant le transport Avertir le bureau de réception du service</p>
--	---	---	--

## **2.3 Mesures spécifiques en présence d'activité grippale dans la communauté ou en présence de cas sporadiques de syndrome d'allure grippale dans l'établissement**

### ***2.3.1 Rappel de la vaccination et clinique de relance***

En présence d'activité grippale dans la communauté ou en présence de cas sporadiques de Syndrome d'Allure Grippale (SAG) dans l'établissement, on doit rappeler l'importance de la vaccination contre l'influenza (la définition du SAG est présentée dans la prochaine section). On doit également offrir à nouveau le vaccin à tous ceux qui ne sont pas encore vaccinés (les résidents, membres du personnel, médecins et bénévoles) (annexe 2D).

### ***2.3.2 Visites aux résidents***

Les visiteurs et bénévoles sont autorisés à visiter les résidents, mais leur nombre peut être limité durant la période de forte activité grippale dans la communauté. Les visiteurs et bénévoles ayant des symptômes d'infections des voies respiratoires supérieures (IVRS) sont invités à s'abstenir temporairement de visiter leurs proches, soit pendant au moins 5 jours après le début des symptômes chez l'adulte et 7 jours chez l'enfant (Bennett J.V., Brachman P.S. *et al.*, 1992 ; Wenzel R.P., 1993 ; Chin J., 2000). S'il s'avère impossible de reporter ces visites, il faut demander aux visiteurs et aux bénévoles symptomatiques de porter un masque en entrant dans le milieu d'hébergement et rappeler la nécessité de se laver minutieusement les mains pour éviter de propager leurs microbes. Les visites seront alors restreintes à la chambre du résident (annexe 2E).



### 3. SURVEILLANCE

Malgré les mesures de prévention prises, des éclosions d'infection à influenza peuvent tout de même survenir. Il est donc important de pouvoir détecter précocement toute éclosion et une surveillance adéquate permet de le faire.

#### 3.1 Objectif de la surveillance

L'objectif de la surveillance vise la détection précoce des syndromes d'allure grippale (SAG) et des éclosions d'influenza dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée afin de mettre en place rapidement des mesures de prévention et de contrôle pour éviter la propagation du virus ainsi que les complications chez les résidents.

#### 3.2 Période de surveillance

La période de surveillance de l'influenza s'étend en général du **1<sup>er</sup> novembre au 31 mars de chaque année**, ce qui correspond à la période habituelle d'activité grippale au Québec. Les directions de santé publique aviseront les établissements de leur région de toute activité précoce ou tardive du virus de l'influenza et formuleront les recommandations appropriées pour la période de surveillance.

#### 3.3 Quoi surveiller ?

La surveillance consiste à vérifier, chaque jour, l'apparition dans l'établissement de SAG chez les résidents ainsi que chez les membres du personnel, les médecins et les bénévoles. Parmi les diverses définitions du syndrome d'allure grippale (SAG), le groupe de travail retient la triade suivante :

## **SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG)**

### **Syndrome :**

☒ **d'apparition brusque**

☒ **avec température (certains auteurs mentionnent 38 °C rectale ou plus)**

☒ **accompagné de toux**

En période épidémique d'influenza, la triade clinique retenue permet de poser un diagnostic dans 60 à 87 % des cas chez l'adulte jeune et en santé (Gubavera L.V., Kaiser L. *et al.*, 2000 ; Boivin G., Hardy I. *et al.*, 2000). Cependant, chez les personnes âgées vivant dans la communauté, la valeur prédictive de cette triade n'est que de 44 % chez celles qui consultent leur médecin de famille (Govaert T.M., Dinant G.J. *et al.*, 1998). Chez les résidents vivant en milieu d'hébergement, la valeur prédictive serait plus faible (McGeer A., Sitar D.S. *et al.*, 2000), mais comme il n'y a pas d'autre critère clinique qui ait été étudié chez cette population, nous avons quand même retenu cette triade de symptômes.

Si, dans un établissement, on se trouve en présence de nombreuses infections des voies respiratoires et qu'elles ne correspondent pas à la définition d'un SAG, il faut demeurer vigilant et garder à l'esprit qu'il peut quand même s'agir d'influenza. En cas de suspicion, mieux vaut communiquer avec le médecin qui pourra valider le diagnostic par un test de dépistage.

Outre la triade du SAG, d'autres symptômes font également partie du tableau clinique de l'influenza. Ainsi, les symptômes systémiques qui prédominent initialement et qui accompagnent la fièvre incluent les frissons, les céphalées, les myalgies, les arthralgies, les malaises et l'anorexie. Dans les cas plus sévères, la prostration peut être observée. Sur le plan respiratoire, en plus de la toux sèche, une douleur pharyngée et de l'obstruction ou de l'écoulement nasal sont souvent présents dès le début mais masqués par les symptômes systémiques. Sur le plan oculaire, on peut retrouver de la douleur lors des mouvements latéraux, du larmoiement et une sensation de brûlure. Les symptômes systémiques persistent environ 3 jours, soit la durée habituelle de la fièvre (Mandell G.L., Bennett J.E. *et al.*, 2000).

Chez les personnes âgées, la présentation clinique de l'influenza est souvent atypique. Ainsi, une température légèrement élevée ou abaissée par rapport à leur température habituelle pourra être significative. D'autre part, elles pourraient ne présenter que de la forte fièvre, de la lassitude et de la confusion, sans les symptômes respiratoires caractéristiques de l'influenza (Mandell G.L., Bennett J.E. *et al.*, 2000).

### **3.4 Mécanismes de surveillance**

Il est recommandé que chaque établissement prévoie des mécanismes efficaces de surveillance, adaptés à son milieu, tels que :

- ◆ identifier une personne qui sera responsable de la surveillance et de la formation dans l'établissement ;
- ◆ informer tout le personnel de l'établissement (incluant les médecins) du programme de surveillance ainsi que de l'importance de leur collaboration. Leur donner une formation, au besoin ;
- ◆ mettre en place un mécanisme efficace de transmission de l'information vers la personne responsable (pour tous les quarts de travail incluant ceux de fin de semaine) ;
- ◆ aviser la personne responsable chaque fois qu'un résident présente des symptômes qui s'apparentent au SAG (centralisation de l'information) ;
- ◆ demander aux membres du personnel d'aviser la personne responsable s'ils présentent des symptômes qui s'apparentent au SAG (ou s'absentent en raison d'un SAG).

Des grilles de surveillance sur lesquelles seront inscrits tous les cas de SAG et les cas confirmés d'influenza parmi les résidents et parmi les membres du personnel (incluant les médecins) sont proposées aux annexes 3A et 3B. Ces grilles permettront de colliger tous les renseignements nécessaires pour le contrôle de l'éclosion et pour la coordination des interventions.

## **3.5 Éclosion**

### ***3.5.1 Définition d'une éclosion d'influenza***

Afin de déterminer s'il y a éclosion dans un centre, il faut d'abord vérifier auprès de la Direction de santé publique (DSP) si le virus de l'influenza circule ou non dans la région.

Si le virus influenza circule déjà dans la région, on considère qu'il y a éclosion lorsqu'on constate la survenue de deux cas ou plus de syndrome d'allure grippale (SAG) liés épidémiologiquement avec confirmation de la présence du virus influenza chez au moins un cas. Par lié épidémiologiquement, on entend la survenue d'au moins un autre cas en 10 jours dans le même milieu. Ces 10 jours correspondent à la période de contagiosité, plus la période d'incubation, plus un facteur de sécurité correspondant à la survie du virus dans l'environnement. Précisons que le milieu en question réfère en général à tout l'établissement. Cependant, dans un grand centre d'hébergement et de soins de longue durée, il pourrait désigner une unité ou un regroupement d'unités selon l'organisation physique des lieux et selon les mouvements de personnel.

Si le virus de l'influenza ne circule pas dans la région (par exemple, au début ou à la fin de la saison grippale), on considère qu'il y a éclosion lorsqu'on constate la survenue de deux cas ou plus liés épidémiologiquement avec confirmation de la présence du virus influenza chez au moins deux cas. Cette situation pourra être discutée avec la DSP.

### ***3.5.2 Confirmation d'une éclosion d'influenza***

Après l'apparition d'un premier cas de SAG, on surveille l'apparition d'un deuxième cas. Lorsqu'un deuxième cas de SAG apparaît en 10 jours dans un même milieu on procède, sous prescription médicale, à un prélèvement chez ce dernier cas afin de confirmer la présence d'influenza. Si les symptômes du premier cas sont présents depuis moins de 72 heures, on procède également à un prélèvement chez celui-ci.

Si le virus de l'influenza circule dans la région (information qui peut être vérifiée auprès de la DSP), et qu'un test de dépistage pour l'influenza est positif, on considère qu'il y a éclosion.

Si le virus de l'influenza ne circule pas dans la région (information qui peut être vérifiée auprès de la DSP), il faut avoir 2 tests positifs pour déclarer qu'il y a éclosion.

Tant qu'on ne rencontre pas la définition d'éclosion d'influenza, on peut faire des prélèvements si d'autres cas de SAG apparaissent dans les 10 jours suivant le dernier cas, jusqu'à concurrence de 5 prélèvements par épisode. Si aucun de ces prélèvements ne s'avère positif pour l'influenza, il est peu probable qu'il s'agisse d'une éclosion d'influenza.

Par contre, dès que l'épisode répond à la définition d'éclosion d'influenza, il n'est plus nécessaire d'effectuer d'autres prélèvements. Les cas de SAG subséquents pourront être attribués à l'influenza pour toute la durée de l'éclosion. La responsable de la surveillance informera la DSP qu'il y a une éclosion dans l'établissement.

Le tableau 1 (voir page suivante) résume les diverses étapes menant à la confirmation d'une éclosion d'influenza.

### ***3.5.3 Tests de laboratoire***

Des tests de laboratoire comme l'immunofluorescence et les techniques immuno-enzymatiques (ELISA) sont souvent utilisés pour l'influenza parce qu'on peut obtenir des résultats rapidement. Cependant, ils sont moins sensibles et spécifiques que la culture virale qui demeure la méthode de référence.

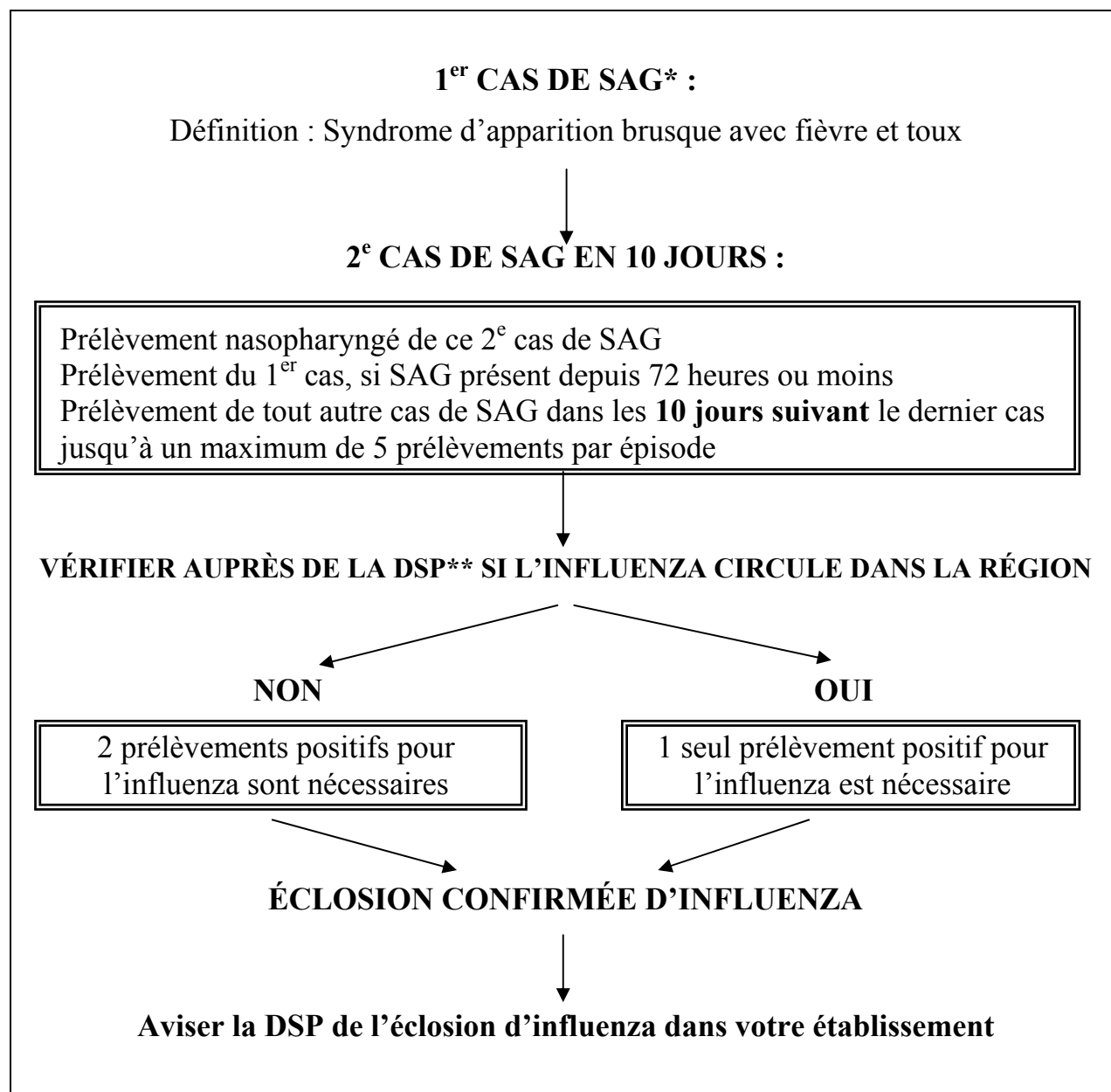
Les DSP informeront les établissements au sujet des tests de laboratoire disponibles dans leur région pour la saison grippale en cours (annexe 3C).

Les différents tests et techniques de prélèvements sont décrits à l'annexe 3D.



Tableau 1

Algorithme pour la confirmation d'une écloison d'influenza



\*SAG : Syndrome d'Allure Grippale

\*\*DSP : Direction de santé publique



## 4. CONTRÔLE D'UNE ÉCLOSION

Lorsqu'une écloison d'influenza est confirmée, la mise en œuvre rapide des mesures suivantes limitera la propagation du virus.

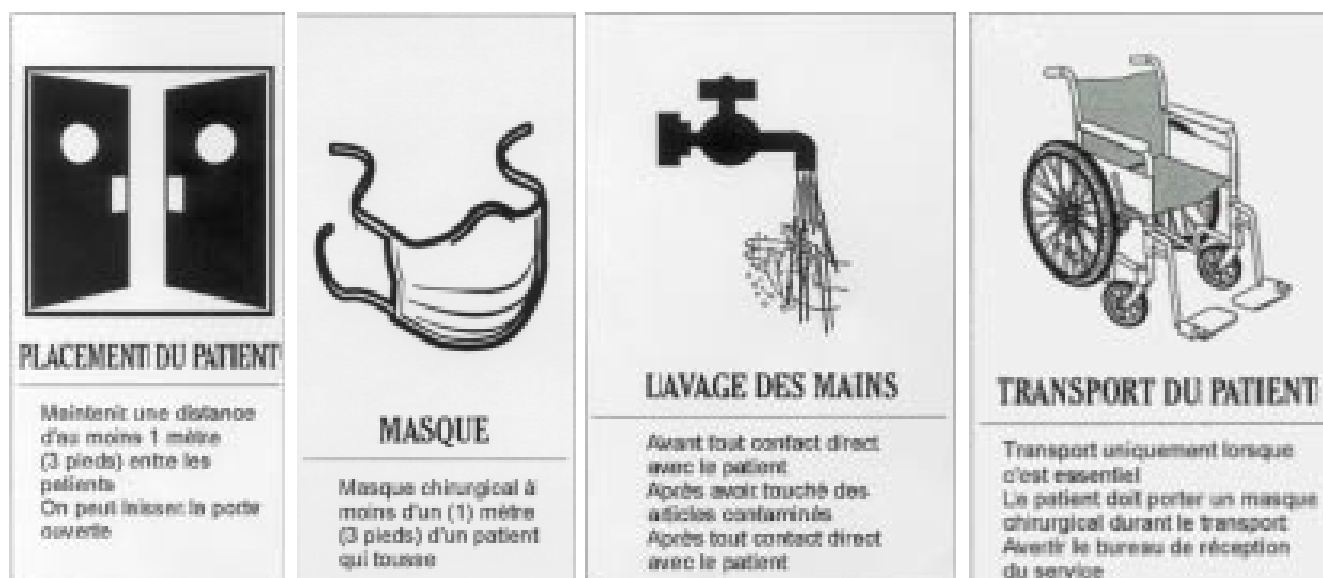
### 4.1 Mesures de base en prévention des infections

Il s'agit des pratiques qui sont universellement recommandées pour les soins courants prodigués tout au long de l'année, à tous les résidents (annexe 2A).

### 4.2 Précautions contre la transmission par gouttelettes

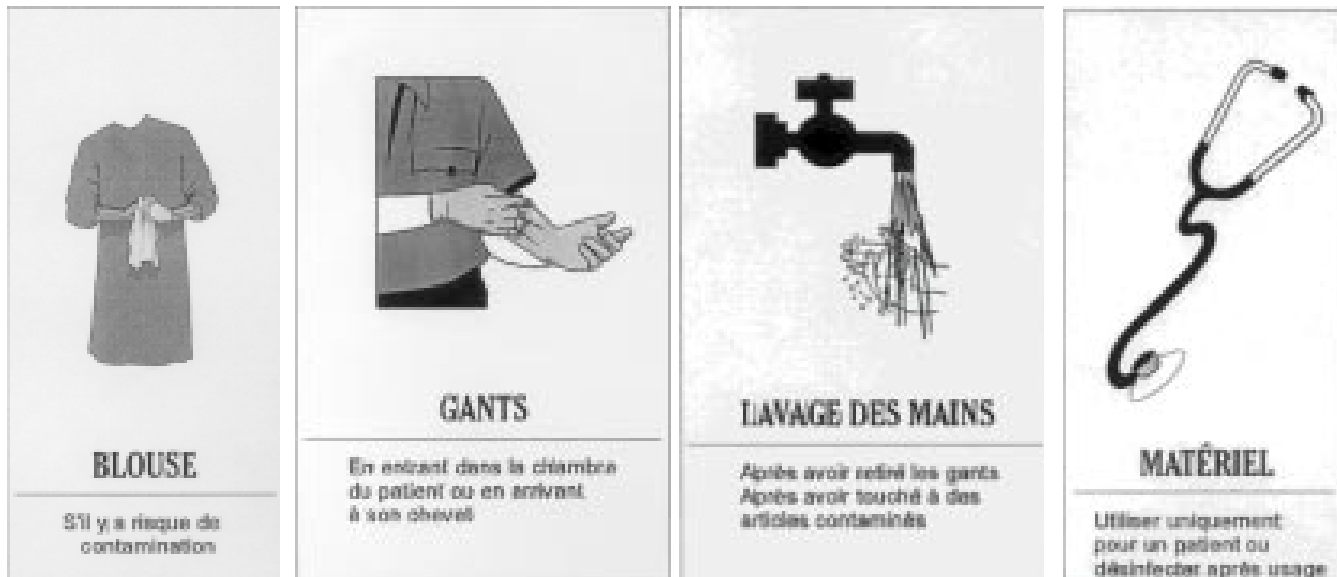
Les précautions contre la transmission par gouttelettes doivent également être observées dès qu'un résident présente une infection aiguë des voies respiratoires et ce, jusqu'à 5 jours après le début des symptômes (annexe 2A). Comme le virus peut survivre sur des objets, le lavage des mains **doit être appliqué de façon rigoureuse** après un contact avec le résident ou son **environnement pouvant être contaminé** par les gouttelettes du résident.

#### Extraits de l'annexe 2A – Précautions contre la transmission par gouttelettes (Santé Canada)



### 4.3 Mesures additionnelles de contrôle durant une éclosion d'influenza

#### Extraits de l'annexe 2A - Précautions contact



Pendant une éclosion d'influenza, il faut mettre en œuvre les précautions contre la transmission par contact, en plus des précautions contre la transmission par gouttelettes mentionnées au point 4.2. Ces mesures, décrites dans le guide *Prévention des infections : Pratiques de bases et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé* (Santé Canada, 1999), sont reprises, de façon succincte, dans la partie qui suit :

- « a. Il faudrait faire des efforts afin de maintenir une distance d'au moins 1 mètre entre le résident infecté et les autres résidents et les visiteurs ;
- b. la participation aux activités de groupe devrait être restreinte... (jusqu'à 5 jours après le début des symptômes chez l'adulte et jusqu'à 7 jours pour l'enfant) ;
- c. les compagnons de chambre et les visiteurs (annexe 2E) doivent connaître les précautions à prendre ;

- d. le personnel doit porter des gants et une blouse s'il doit avoir des contacts directs avec le résident (ou si contact avec des objets pouvant être contaminés dans l'environnement du résident) ;
- e. l'équipement et les fournitures désignés doivent tous être marqués et rangés de manière à prévenir leur usage par ou pour d'autres résidents ».

Les **mesures de contrôle supplémentaires** suivantes sont aussi recommandées :

1. Si plusieurs cas d'influenza se retrouvent chez les résidents, tenter de les regrouper (cohorte de résidents).
2. Le personnel s'occupant des personnes malades devrait idéalement être différent de celui qui s'occupe des personnes non malades (cohorte de personnel). Minimalemt, pour limiter la transmission, on devrait procéder aux soins des personnes non malades avant les soins aux malades.
3. Les préoccupations relatives au rôle des travailleurs de la santé dans la transmission aux résidents du virus de l'influenza sont de plus en plus importantes. Ainsi, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), dans sa déclaration sur la vaccination antigrippale mentionne : « Pour protéger les patients vulnérables durant une éclosion, il est raisonnable d'exclure des soins directs les employés qui développent une grippe confirmée ou présumée ainsi que les employés non vaccinés qui ne suivent pas un traitement prophylactique antiviral » (CCNI, 2001). Les établissements qui choisiraient d'appliquer une telle politique devraient informer tous les travailleurs de la santé, dès le début de la campagne de vaccination annuelle contre l'influenza, des conséquences possibles du refus de la vaccination ou de la chimioprophylaxie antivirale.
4. Dans un établissement où sévit une éclosion d'influenza, on devrait reporter les nouvelles admissions jusqu'à au moins 10 jours après l'apparition des symptômes chez le dernier cas de grippe signalé, afin de ne pas mettre à risque les personnes devant être admises. Les personnes pour qui une admission serait tout de même requise devraient être informées des risques auxquels elles s'exposent et des limites des mesures préventives disponibles (vaccination et prophylaxie) afin qu'elles soient en mesure de prendre une décision éclairée quant à leur admission dans cet établissement.

## 4.4 Mesures spécifiques de contrôle dans le cas d'écllosion confirmée d'influenza

### 4.4.1 Antiviraux : principes généraux d'utilisation

#### Pour les personnes non malades :

- Offrir une prophylaxie antivirale à :
  1. tous les résidents (CCNI, 2001) qu'ils soient vaccinés ou non, en raison de l'immunogénicité moins grande du vaccin chez la personne âgée (MSSS [PIQ], 1999 ; Goronzy J.J., Fulbright J.W. *et al.*, 2001) ;
  2. tous les employés, médecins et bénévoles non vaccinés et ayant des contacts étroits avec les résidents ;
  3. tous les employés, médecins et bénévoles **vaccinés mais non protégés** (souche influenza non incluse dans le vaccin, vaccination effectuée depuis moins de 2 semaines) et ayant des contacts étroits avec les résidents.
- Même si au moment de la rédaction de ce chapitre, le seul médicament approuvé au Canada pour la prophylaxie spécifique des infections à virus grippal est le chlorhydrate d'amantadine, son taux d'efficacité contre la maladie provoquée par les virus grippaux de type A est de l'ordre de 70 à 90 %, mais il est nul contre les souches de type B (CCNI, 2001). C'est pourquoi la place des inhibiteurs de la neuraminidase est discutée dans ce document.
- La chimioprophylaxie ne doit pas remplacer le vaccin antigrippal annuel chez les personnes pour qui il est recommandé.

- Les antiviraux doivent être prescrits en prophylaxie pendant au moins 2 semaines ou jusqu'à 10 jours après l'apparition des symptômes chez le dernier cas de grippe signalé (selon l'option la plus lointaine des deux). Par contre, chez les employés, les médecins et les bénévoles qui accepteraient la vaccination, l'antiviral pourra être cessé deux semaines après la vaccination (temps nécessaire pour développer des anticorps) en autant que les souches qui circulent sont incluses dans le vaccin. Aucun groupe expert ne recommande d'exclure de la prophylaxie les personnes qui ont fait un syndrome d'allure grippale (SAG) dans les semaines précédentes.
- Si un résident **sous chimioprophylaxie développe un SAG**, il est important d'implanter pour ce patient les **mesures suivantes** : chambre privée, précautions contre la transmission par contact et gouttelettes (section 4.4.3 et annexe 2A). Il pourrait en effet s'agir d'un virus grippal résistant (qui risquerait de prolonger l'éclosion) ou d'un autre type de virus (VRS, para-influenza, adénovirus) ou encore d'une bactérie (on a décrit une éclosion de pneumonies à *Streptococcus pneumoniae* dans un CHSLD (CDC, [août 2001])). Pour ce résident, le médecin traitant révisera la thérapie antivirale en cours, mais les interventions de type isolement et précautions contre la transmission par contact et gouttelettes devront être maintenues. Pour confirmer l'origine de ce SAG, on recommande de faire un test de détection rapide et une culture bactérienne et virale.

#### CONSIDÉRATION ÉTHIQUE

L'utilisation de l'amantadine ou des inhibiteurs de la neuraminidase proposée dans le présent document constitue une mesure de prophylaxie. Il demeure essentiel de recueillir le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant quant à l'utilisation de cette mesure préventive (annexe 5E). Pour les personnes sous curatelle publique, le curateur consent à ce que l'amantadine soit utilisée à moins d'opposition formellement exprimée par la personne (annexe 4A).

## **Pour les personnes malades :**

- Un antiviral peut également être prescrit en traitement pour ceux qui présentent une infection à influenza A ou B. Il s'agit là d'une décision relevant du médecin traitant et de son patient (voir sections 4.4.3 et 4.4.4).

## **Synthèse des mesures à appliquer en situation d'éclosion**

Un algorithme pour guider l'implantation des mesures de contrôle d'éclosion d'influenza et en particulier l'utilisation des antiviraux est situé à l'annexe 4D.

### ***4.4.2 Amantadine en chimioprophylaxie***

L'amantadine est indiquée lorsqu'une éclosion d'influenza A est confirmée. Dans une situation où l'attente des résultats se prolonge indûment et où l'influenza A est fortement suspectée, l'amantadine pourrait être débutée d'emblée. Si les résultats révèlent qu'il ne s'agit pas d'influenza de type A, l'amantadine est cessée.

Généralement, l'amantadine est bien tolérée par les usagers lorsque la dose est bien adaptée et n'entraîne que très rarement des complications rénales, sanguines ou nerveuses (CCNI, 2001). Cependant, étant donné sa toxicité potentielle, il faut prêter une attention particulière à l'ajustement de la dose en fonction de l'âge et de la fonction rénale ainsi qu'à la surveillance des effets secondaires. Pour simplifier la prescription initiale, **il est acceptable de prescrire à tous 100 mg la première journée** (en attendant le dosage de la créatinine) et de faire les ajustements de doses ensuite (plus de détails sont fournis à cet effet à l'annexe 4B) (CCNI, 2001 ; McGeer A., Sitar D.S. *et al.*, 2000).

Par ailleurs, l'expérience démontre que l'observance des soignants, à qui l'amantadine est offerte en prophylaxie à la dose recommandée de 200 mg par jour, s'avère souvent décevante à cause d'effets désagréables ressentis par ces personnes. À cet effet, le CCNI affirme que : « ...quelques études donnent à penser qu'une posologie prophylactique de 100 mg par jour chez les personnes âgées de 10 à 64 ans [...] dont la fonction rénale est normale pourrait être aussi efficace que la posologie recommandée de 200 mg par jour » (CCNI, 2001 ; McGeer A., Sitar D.S. *et al.*, 2000).

Les dosages et les contre-indications de l'amantadine se trouvent à l'annexe 4B.

#### **4.4.3 Amantadine en traitement**

Pour les personnes malades (symptomatiques d'un SAG), l'amantadine pourrait être envisagée à titre de mesure thérapeutique dans les 48 premières heures suivant le début des symptômes lors d'éclosion confirmée d'influenza A. Il s'agit là d'une décision relevant du médecin traitant et de son patient. Toutefois, « si l'on ne prend pas soin de bien isoler les patients des établissements recevant un traitement à l'amantadine, on accroît aussi la probabilité de la transmission de virus résistants capables d'émerger, ce qui en retour peut se traduire par le prolongement d'une épidémie ou une seconde vague épidémique » (CCNI, 2001). Selon certains auteurs, la proportion de virus grippaux résistants à l'amantadine peut être de l'ordre de 10 à 27 % après seulement 4 à 5 jours de thérapie (Nicholson K.G., Webster R.G. *et al.*, 1998). Il faudrait donc s'assurer que les patients sous traitement à l'amantadine soient isolés des patients sous chimioprophylaxie à l'amantadine (CCNI, 2001). Par ailleurs, si les mesures d'isolement ne sont pas applicables, il serait préférable d'utiliser d'emblée, pour le traitement de l'influenza, les inhibiteurs de la neuraminidase afin d'éviter l'émergence et la transmission de souches résistantes survenant lors de l'utilisation concomitante de l'amantadine en traitement et en prophylaxie (McGeer A., Sitar D.S. *et al.*, 2000).

#### **4.4.4 Inhibiteurs de la neuraminidase en traitement de l'influenza ou en prophylaxie de deuxième ligne lors d'éclosion**

Actuellement, les inhibiteurs de la neuraminidase sont homologués au Canada uniquement à des fins de traitement de l'influenza A et B. Leur efficacité en prophylaxie de l'influenza (The Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment [CCOHTA], 2001) a toutefois été rapportée chez les adultes en bonne santé (Monto A.S., Robinson P.D. *et al.*, 1999 ; Hayden F.G., Atmar R.L. *et al.*, 1999 ; Hayden F.G., Gubareva L.V. *et al.*, 2000) de même que chez les personnes à risque (Peters P.H.Jr, Gravenstein S. *et al.*, 2001) ou lors d'éclosions d'influenza en milieu fermé (Schilling M., Povinelli L. *et al.*, 1998 ; Santé Canada, [février] 2001 ; Santé Canada, [mars] 2001 ; Lee C., Loeb M. *et al.*, 2000). Cependant, puisqu'ils ne sont pas

homologués à des fins de prophylaxie, la décision de recourir à ces médicaments en prophylaxie pour le contrôle des éclosions doit être prise avec réserve et seulement lors de situations particulières où l'amantadine ne peut être utilisée ou s'avère inefficace.

Alison McGeer et collaborateurs (McGeer A., Sitar D.S. *et al.*, 2000) ont identifié des situations où les inhibiteurs de la neuraminidase seraient indiqués pour la prophylaxie ou le traitement de l'influenza (voir sur la page suivante le tableau 2). Ainsi, pour la prophylaxie, ils pourront être utilisés si l'amantadine ne permet pas de mettre fin à une éclosion d'influenza A, c'est-à-dire si des cas confirmés d'influenza continuent d'apparaître plus de 96 heures après le début de la prophylaxie (Lee C., Loeb M. *et al.*, 2000). On pourra également y avoir recours pour les patients à risque de développer des effets indésirables à l'amantadine (utilisation concomitante de tranquillisants majeurs ou d'anti-cholinergiques) ou chez ceux à risque de convulsions. Finalement, comme les inhibiteurs de la neuraminidase sont les seuls antiviraux reconnus comme étant efficaces contre l'influenza B, ils pourraient être utilisés en prophylaxie pour contrôler une éclosion d'influenza B (Santé Canada, [mars] 2001 ; CCNI, 2001).

Pour les malades, en ce qui concerne le traitement, les inhibiteurs de la neuraminidase seront considérés lors d'éclosion d'influenza A quand l'amantadine est utilisée pour la prophylaxie, en particulier si l'isolement est impossible. Cela permettra d'éviter l'émergence de souches résistantes à l'amantadine pouvant prolonger l'éclosion (McGeer A., Sitar D.S. *et al.*, 2000). Par ailleurs, pour le traitement de l'influenza B, les seuls antiviraux efficaces sont les inhibiteurs de la neuraminidase.

Les dosages et les contre-indications des inhibiteurs de la neuraminidase se trouvent à l'annexe 4C.

#### 4.5 Fin de l'éclosion

On décrète l'éclosion terminée lorsque 10 jours se sont écoulés après l'apparition des symptômes chez le dernier cas de SAG rapporté.

**Tableau 2**

**Indications proposées pour l'utilisation des inhibiteurs de la neuraminidase en CHSLD**

Situations	Explications
Éclosions d'influenza A où des cas confirmés d'influenza continuent d'apparaître 96 heures après le début de la prophylaxie à l'amantadine.	Ces nouveaux cas peuvent être dus à l'émergence de souches résistantes à l'amantadine. Dans cette situation, l'amantadine n'est plus efficace.
Éclosions d'influenza B.	L'amantadine n'est pas efficace contre l'influenza B, par contre les inhibiteurs de la neuraminidase le sont.
Patients à risque d'effets secondaires graves avec l'amantadine.	Les personnes prenant des tranquillisants majeurs ou d'autres médicaments ayant des effets anti-cholinergiques. Les personnes à risque de convulsions.
Considérer le traitement des patients symptomatiques lors d'éclosion d'influenza A, alors que l'amantadine est utilisée pour la prophylaxie et que l'isolement en chambre privée n'est pas possible.	L'émergence de souches résistantes à l'amantadine risque davantage de survenir si les patients sous traitement et sous prophylaxie prennent de l'amantadine. Il y a moins de résistance avec les inhibiteurs de la neuraminidase.

Traduit et adapté de CJID, vol. 11, n° 4, July/August 2000, Alison McGeer et coll.



## **5. SE PRÉPARER AUX ÉCLOSIONS**

Ce chapitre réfère à plusieurs notions qui ont dû être élaborées dans les chapitres précédents. C'est pourquoi il est présenté à la fin du document, bien que la préparation à la saison d'influenza soit la première étape à mettre en œuvre dans les établissements. Il est de la responsabilité du milieu d'hébergement et de soins de longue durée de s'assurer de la prévention, de la surveillance et du contrôle des éclosions d'influenza. Chaque milieu doit élaborer ses directives locales selon les ressources disponibles. Les mesures suggérées aux établissements en préparation à la saison d'activité grippale sont les suivantes :

### **5.1 Identifier une personne responsable**

- Identifier une personne responsable de la mise en œuvre des mesures proposées dans le protocole pour l'établissement (formation, vaccination, surveillance, contrôle des éclosions) ;
- Conserver le numéro du service de garde de la Direction de santé publique de la région.

### **5.2 Vacciner contre l'influenza les résidents, employés, médecins et bénévoles**

- Prévoir, si nécessaire, les protocoles de délégation de cet acte ;
- Vacciner à chaque année tous les résidents (annexe 5E), employés, médecins et bénévoles ;
- Offrir cette vaccination jusqu'en avril de chaque année à tout nouveau résident admis et à tout nouveau membre du personnel, incluant les médecins et les bénévoles ;
- Établir annuellement la liste du statut vaccinal de tous les résidents sur chacune des unités de soins ou étage et la maintenir à jour (annexe 5A) ;
- Établir une liste annuelle du statut vaccinal des membres du personnel, des médecins et des bénévoles et la maintenir à jour (annexe 5B).

### **5.3 Préparer la surveillance**

- Former et informer tout le personnel de la période de surveillance de l'influenza, de la définition d'un syndrome d'allure grippale (SAG) et des mécanismes de transmission de l'information à la personne responsable de la surveillance (annexe 5C).

### **5.4 Préparer le volet communication**

- Préparer les communiqués et prévoir leur mécanisme de transmission ;
- Faire parvenir aux employés et aux résidents ainsi qu'à leurs familles, une lettre d'information sur l'influenza avant la campagne de vaccination. Un exemple de lettre s'adressant aux résidents et à leurs familles est présentée à l'annexe 5D.

### **5.5 Préparer la mise en œuvre des mesures de contrôle**

- Assurer la formation du personnel : modes de transmission, pratiques préventives de base et précautions additionnelles, etc. (annexes 2A, 2B et 2C) ;
- Prévoir une procédure permettant une prise de décision médicale et l'implantation des mesures spécifiques de contrôle dans les délais minimaux requis ;
- Prendre entente avec un laboratoire, préciser les méthodes diagnostiques disponibles et les conditions requises (milieu de transport, technique de prélèvement, etc.) et s'entendre sur les modalités pour l'acheminement des spécimens et la transmission des résultats. La Direction de santé publique (DSP) de votre région vous informera des ressources de laboratoire, des tests disponibles et des techniques de prélèvement appropriées (annexe 3C) ;
- Obtenir le consentement libre et éclairé du résident ou de son représentant quant à l'utilisation de l'amantadine ou d'un inhibiteur de la neuraminidase en cas d'éclosion et noter celui-ci à son dossier (annexe 5E) ;

- S'assurer d'avoir au dossier de tous les résidents l'inscription du poids actuel et un dosage récent de la créatinine. Lors de l'administration de l'amantadine, un dosage de la créatinine datant d'au maximum un an permet de la prescrire de façon sécuritaire (Buxton J.A., Skowronski D.M. *et al.*, 2001). Cependant, si la condition médicale a changé depuis la dernière créatininémie, un dosage plus récent pourrait être requis ;
- En collaboration avec les médecins, obtenir des prescriptions individuelles pour l'amantadine en prophylaxie chez les résidents vaccinés ou non, qui consentent à l'usage de cette médication. Laisser la prescription au dossier pour qu'elle soit activée, en temps opportun, par l'autorité médicale désignée dans votre centre ;
- Prévoir un mécanisme efficace d'approvisionnement afin d'être en mesure d'offrir de l'amantadine en prophylaxie à tous les usagers qui acceptent, de même qu'aux membres du personnel, aux médecins et aux bénévoles non vaccinés à l'automne ;
- Obtenir l'autorisation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour l'utilisation des inhibiteurs de la neuraminidase en prophylaxie lors d'éclosion d'influenza B ou d'influenza A résistante à l'amantadine et en prévoir l'approvisionnement.

## **5.6 Support de la Direction de santé publique**

Pour soutenir les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, la Direction de santé publique (DSP) fournit les vaccins contre l'influenza et fait l'inventaire et la mise à jour annuelle des ressources régionales de laboratoire pouvant procéder au diagnostic de l'influenza. Elle fournit aux établissements la liste de ces ressources, des méthodes diagnostiques disponibles et des techniques de prélèvements requises. Elle informe les établissements des souches virales circulantes et de l'ampleur de l'activité grippale dans la région. Elle fait la promotion de l'application des mesures contenues dans ce document et des autres volets du programme influenza soutenant la prévention, la surveillance et le contrôle de l'influenza.



## CONCLUSION

Les milieux d'hébergement et de soins de longue durée disposent des outils qui permettent de limiter les conséquences sérieuses qui sont encore trop souvent le lot des éclosions d'influenza. Il s'agit de mesures simples, comme la vaccination des résidents et des soignants et de mesures qui peuvent être implantées rapidement et de manière harmonieuse, en autant que le milieu se soit préparé. Le contrôle d'une éclosion d'influenza débute donc bien avant l'apparition du premier cas dans un établissement.

Actuellement, nous croyons que les principaux obstacles à la prévention et au contrôle des éclosions d'influenza sont d'une part le manque de préparation des établissements à la saison grippale et d'autre part les taux de couverture vaccinale insuffisants chez les soignants. Le présent document vient outiller les milieux afin de lever ce premier obstacle. Quant au second, il interpelle tous les soignants qui œuvrent auprès de personnes vulnérables à l'infection par le virus de l'influenza, particulièrement en milieu fermé. La vaccination est une mesure simple, efficace, très sécuritaire et largement accessible dans les milieux de soins. Tous les soignants qui décident de ne pas se prévaloir du vaccin doivent savoir qu'ils pourront contribuer directement à la transmission, à plusieurs des résidents qu'ils soignent, d'un virus potentiellement mortel. « En l'absence de contre-indication, l'employé qui refuse de se faire vacciner manque à son devoir de soigner les patients » (CCNI, 2001).



## LISTE DE RÉFÉRENCES ET ADRESSES DE SITES INTERNET

BENNETT, J.V., et P.S. BRACHMAN. (1992). *Hospitals Infections*, Boston, Little, Brown and Company, 635-636.

BOIVIN, G., I. HARDY, G. TELLIER et J. MAZIADE. (2000). « Predicting influenza infections during epidemics with use of a clinical case definition ». *Clinical Infectious Diseases*, 31 : 1166-1169.

BUXTON, J.A., D.M. SKOWRONSKI, H. NG, S.A. MARION, M. WILLIAMS, A. FORBES, *et al.* (2001). « Previous creatinine levels safely predict amantadine dose for influenza A outbreak control ». *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 12(5) : 285-288.

BUXTON, J.A., D.M. SKOWRONSKI, H. NG, S.A. MARION, Y. LI, A. KING et J. HOCKIN. (juillet 2001). « Influenza revaccination of elderly travelers : antibody response to single influenza vaccination and revaccination at 12 weeks ». *The Journal of Infectious Diseases*, 184(2) : 188-191.

CARMAN, W.F., A.G. ELDER, L.A. WALLACE, K. MCAULAY, A. WALKER, G.D. MURRAY et D.J. STOTT. (2000). « Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care : a randomised controlled trial ». *The Lancet*, 355 : 93-97.

CDC. (août 2001). « Outbreak of pneumococcal pneumonia among unvaccinated residents of a nursing home New Jersey ». *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 50(33) : 707-710.

CDC. (avril 2001). « Prevention and control of influenza : Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) ». *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 50(RR-4) : 1-41.

CDC. (1997). « Guidelines for prevention of nosocomial pneumonia ». *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 46(RR-1) : 64-65.

CHIN, J. (2000). *Control of Communicable Diseases Manual*, 17<sup>e</sup> édition, Washington, American Public Health Association, 170 p.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI). (2001). « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2001-2002 ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)*, 27(DCC-4) : 1-24.

COMITÉ PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES EN SERVICE DE GARDE. (février 1998). *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance : Guide d'intervention*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 25 ; 150-155.

CONFÉRENCE CANADIENNE DE CONCERTATION SUR LA GRIPPE. (1993). *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 19-17 : 136-146.

GLEZEN, W.P. (1997). « Influenza: how to prepare for the 1997-1998 season ». *Journal of Respiratory Diseases*, 18 : 721-736.

GORONZY, J.J., J.W. FULBRIGHT, C.S. CROWSON, G.A. POLAND, W.M. O'FALLON et C.M. WEYAND. (2001). « Value of immunological markers in predicting responsiveness to influenza vaccination in elderly individuals ». *Journal of Virology*, 75(24) : 12182-12187.

GOVAERT, T.M., G.J. DINANT, K. ARETZ et J. KNOTTNERUS. (1998). « The predictive value of influenza symptomatology in elderly people ». *Family practice*, 15(1) : 16-22.

GUBAVERA, L.V., L. KAISER et F.G. HAYDEN. (2000). « Influenza virus neuraminidase inhibitors ». *The Lancet*, 355 : 827-835.

HAYDEN, F.G., R.L. ATMAR, M. SCHILLING, C. JOHNSON, D. PORETZ, D. PAAR, L. HUSON, P. WARD, et R.G. MILLS. (1999). « Use of the selective oral neuraminidase inhibitor oseltamivir to prevent influenza ». *The New England Journal of Medicine*, 341(18) : 1336-1343.

HAYDEN, F.G., L.V. GUBAREVA, A.S. MONTO, T.C. KLEIN, M.J. ELLIOTT, J.M. HAMMOND, S.J. SHARP et M.J. OSSI. (2000). « Inhaled zanamivir for the prevention of influenza in families ». *The New England Journal of Medicine*, 343(18) : 1282-1289.

LEE, C., M. LOEB, A. PHILLIPS, J. NESBITT, K. SMITH, M. FEARON, M.A. McARTHUR, T. MAZZULLI, Y. LI et A. McGEER. (2000). « Zanamivir use during transmission of amantadine-resistant influenza A in a nursing home ». *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 21(11) : 700-704.

MANDELL, G.L., J.E. BENNETT et R. DOLIN. (2000). *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, 5<sup>e</sup> édition, Philadelphie, Churchill Livingstone, 1823-1849.

MAYHALL, C.G. (1996). *Hospital Epidemiology and Infection Control*, Baltimore, Williams et Wilkins, 420-426.

MCGEER, A., D.S. SITAR, S.E. TAMBLYN, F. KOLBE, P. ORR et F.Y. AOKI. (2000). « Use of antiviral prophylaxis in influenza outbreaks in long term care facilities ». *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 11(4) : 187-192.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (2001). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 : Vers l'atteinte des résultats attendus, 3e bilan*, Québec, Direction générale de la santé publique, 232 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2000). *Mesures de contrôle et prévention des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) au Québec*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux, 149 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1999). *Prévention des infections chez le personnel des établissements de santé : Protocole d'intervention*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 37 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (PIQ). (1999). *Protocole d'immunisation du Québec*, 3<sup>e</sup> édition, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

MONTO, A.S., P.D. ROBINSON, L.M. HERLOCHER, J.M. HINSON, M.J. ELLIOTT et A. CRISP. (1999). « Zanamivir in the prevention of influenza among healthy adults : A randomized controlled trial ». *Journal of the American Medical Association*, 282 : 31-35.

NICHOLSON, K.G., R.G. WEBSTER et A.J. HAY. (1998). *Textbook of Influenza*, Oxford (Grande-Bretagne), Blakwell Science, 578 p.

PETERS, P.H.Jr, S. GRAVENSTEIN, P. NORWOOD, V. DE BOCK, A. VAN COUTER, M. GIBBENS. (2001). « Long-term use of oseltamivir for the prophylaxis of influenza in a vaccinated frail older population ». *JAGS*; 49(8) : 1025-1031.

SANTÉ CANADA. (mars 2001). « Utilisation d'oseltamivir pour lutter contre une éclosion de grippe B dans un centre d'accueil ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 27(5) : 37-40.

SANTÉ CANADA. (février 2001). « Utilité du zanamivir pour prévenir la survenue simultanée de la grippe A et de la grippe B chez des patients requérant des soins continus complexes ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 27(3) : 21-24.

SANTÉ CANADA. (décembre 1998). « Guide de prévention des infections : Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (supplément), 24S8.

SANTÉ CANADA. (juillet 1999). « Guide de prévention des infections : Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (supplément), 25S4 : 1-157.

SCHILLING, M., L. POVINELLI, P. KRAUSE, M. GRAVENSTEIN, A. AMBROZAITIS, H.H. JONES, P. DRINKA, P. SHULT, D. POWERS et S. GRAVENSTEIN. (1998). « Efficacy of zanamivir for chemoprophylaxis of nursing home influenza outbreaks ». *Vaccine*, 16(18) : 1771-1774.

STEVENSON, C.G., M.A. MCARTHUR, M. NAUS, E. ABRAHAM et A. MCGEER. (2001). « Prevention of influenza and pneumococcal pneumonia in Canadian long-term care facilities : How are we doing ? ». *Canadian Medical Association Journal*, 164(10) : 1413-1419.

THE CANADIAN COORDINATING OFFICE FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (CCOHTA). (2001). « Do neuraminidase inhibitors prevent influenza ? ». *Issues in Emerging Health Technologies*, (27). [www.ccohta.ca](http://www.ccohta.ca)

WENZEL, R.P. (1993). *Prevention and Control of Nosocomial Infections*, Baltimore, Williams et Wilkins, 217-222.

## ADRESSES DE SITES INTERNET

Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1999). « *Prévention des infections chez le personnel des établissements de santé* », « *Protocole d'immunisation du Québec* » (PIQ) et Grippe : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Santé Canada :

- « *Guide de prévention des infections : pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé* ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 25S4 (supplément), juillet 1999, 157 p. :
- « *Guide de prévention des infections : lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé* », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 24S8, décembre 1998.

[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/dpg\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/dpg_f.html)

## **ANNEXES**



**ANNEXE 1A – TABLEAU DE COMPARAISON ENTRE LES SYMPTÔMES  
DU RHUME ET DE L’INFLUENZA**

<b>SYMPTÔMES</b>	<b>RHUME</b>	<b>GRIPPE (Influenza)</b>
Fièvre	Rare	Habituellement forte (38 – 40 °C); apparition soudaine, dure de 3 à 4 jours
Maux de tête	Rares	Importants
Douleurs généralisées	Bénignes	Courantes, parfois aiguës
Fatigue et faiblesse	Peu importantes	Extrêmes, peuvent durer jusqu'à un mois
Épuisement	Jamais	Rapide et important
Écoulement nasal	Courant	Courant
Éternuements	Courants	Exceptionnels
Maux de gorge	Courants	Courants
Douleurs thoraciques, toux	Faibles à modérées, toussotements	Courantes, peuvent devenir persistantes
Complications	Congestion des sinus ou maux d'oreilles	Bronchite, pneumonie ; peuvent mettre la vie en danger

Source : Adapté de l'Association pulmonaire du Québec, dépliant d'information

Protocole d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée  
Prévention, surveillance et contrôle

## ANNEXE 1B – VACCINS CONTRE L'INFLUENZA (Mise à jour annuelle selon le Protocole d'Immunisation du Québec)

### VACCINS CONTRE L'INFLUENZA\* SAISON 2003-2004

#### COMPOSITION

Depuis 1998, les vaccins contre l'influenza utilisés au Canada sont tous des vaccins inactivés à base de virion fragmenté, préparés à partir de virus cultivés dans des œufs embryonnés de poule. Les vaccins contre l'influenza homologués et distribués au Canada pour la saison 2003-2004 sont Fluviral S/F (Shire Biologics) et VAXIGRIP (Aventis Pasteur). Le vaccin Fluzone (Aventis Pasteur) ne sera pas distribué au Canada pour la saison 2003-2004.

La composition des vaccins contre l'influenza est ajustée annuellement en fonction des souches de virus influenza qui circuleront probablement au Canada au cours de la prochaine saison grippale. Ces vaccins renferment des antigènes représentant deux virus de type A et un virus de type B.

Pour la saison 2003-2004, chaque dose de 0,5 ml de vaccin contient :

- 15 µg d'hémagglutinine de chacune des trois souches suivantes du virus :
  - A/New-Caledonia/20/99 (H1N1)
  - A/Panama/2007/99 (H3N2) (souche analogue à A/Moscow/10/99)
  - B/Hong-Kong/330/2001 dans **Fluviral S/F**  
ou  
B/Shandong/7/97 (souche analogue à B/Hong-Kong/330/2001) dans **VAXIGRIP**
- du thimérosal, comme agent de conservation;
- des traces résiduelles de protéines d'œuf et de formaldéhyde;
- de la néomycine et du sucrose en quantité infime (**VAXIGRIP**);
- des traces de désoxycholate de sodium (**Fluviral S/F**) ou de Triton™X-100 (**Fluviral S/F et VAXIGRIP**), servant au fractionnement des virus.

Note : le protège-aiguille de la seringue préremplie du Fluviral S/F contient du latex.

#### PRÉSENTATION

- Fiole multidose de 5 ml.
- Seringue unidose préremplie de 0,5 ml (Fluviral S/F).

Les vaccins ont l'aspect d'une solution transparente blanchâtre légèrement opalescente.

---

\*Les termes influenza et grippe sont utilisés de façon interchangeable.

## CONSERVATION

- Conserver au réfrigérateur entre 2 et 8 °C et réfrigérer la fiole entre chaque utilisation afin de conserver l'efficacité maximale du produit.
- Ne jamais congeler.
- Une fiole entamée peut être utilisée jusqu'à la date de péremption pourvu que la chaîne de froid et les mesures d'asepsie soient respectées.
- Il n'est pas recommandé de préparer d'avance des seringues de vaccin car on ne possède pas de données sur la stabilité du vaccin dans les différents types de seringues commercialisées.

## INDICATIONS

Le MSSS renouvelle chaque automne son programme de vaccination contre l'influenza et envoie des directives aux directeurs régionaux de santé publique concernant les populations qui pourront recevoir le vaccin gratuitement.

- Vacciner toutes les personnes âgées de 60 ans ou plus.
- Vacciner les personnes âgées de 6 mois ou plus présentant un risque élevé de complications :
  - les enfants et les adultes présentant des troubles cardiaques ou pulmonaires chroniques (dont la dysplasie bronchopulmonaire, la fibrose kystique et l'asthme) assez graves pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers;
  - les résidents de tout âge des centres d'accueil ou des établissements de soins prolongés;
  - les enfants et les adultes présentant des états chroniques tels qu'un diabète ou autres troubles métaboliques, un cancer, un déficit immunitaire ou une immunosuppression, une néphropathie, une anémie ou une hémoglobinopathie;
  - les enfants et les adolescents (âgés de moins de 18 ans) sous traitement prolongé à l'acide acétylsalicylique (qui peut accentuer le risque de syndrome de Reye après une grippe);
  - les personnes, symptomatiques ou non, infectées par le VIH. L'influenza peut entraîner une morbidité et mortalité importantes chez ces personnes. Certaines études ont rapporté une augmentation de la charge virale chez les personnes atteintes du VIH vaccinées contre la grippe et qui ne recevaient pas de traitement antirétroviral, alors que d'autres études utilisant des techniques de laboratoire similaires n'ont pu reproduire ces résultats. Cependant, les résultats d'un essai randomisé n'ont pas démontré de diminution significative du nombre de lymphocytes T CD4+ ni de progression de l'infection chez les personnes infectées au VIH vaccinées contre l'influenza, comparativement à celles qui n'étaient pas vaccinées;
  - les femmes enceintes présentant une des conditions susmentionnées, quel que soit le stade de leur grossesse;
  - les personnes présentant une des conditions susmentionnées, qui voyageront dans une région où le virus de la grippe circule (tropiques : à l'année; hémisphère Sud : d'avril à septembre).

- Vacciner les sujets susceptibles de transmettre la grippe à des personnes présentant un risque élevé de complications :
  - les personnes qui, dans le cadre de leur travail ou de leurs activités, ont de nombreux contacts avec des sujets qui se classent dans les groupes susmentionnés présentant un risque élevé de complications (ex. : personnel soignant);
  - les contacts domiciliaires (incluant les enfants) des personnes atteintes d'une maladie chronique.

N.B. : En ce qui concerne la femme enceinte dont une personne de l'entourage immédiat est à risque, la décision d'être vaccinée contre l'influenza devrait être prise après en avoir discuté avec son médecin. En effet, même si l'administration du vaccin contre la grippe est considérée comme inoffensive pendant toute la grossesse, la seule indication claire de vacciner une femme enceinte contre l'influenza actuellement est lorsqu'elle est elle-même à risque de complications si elle contracte la maladie. Dans le contexte où le bénéfice n'est pas personnel mais pour l'entourage, nous n'avons actuellement aucune donnée en faveur ou en défaveur de cette mesure chez une femme enceinte.

- Autres :
  - les personnes qui, dans l'exercice de leurs fonctions, rendent des services essentiels dans la communauté peuvent recevoir le vaccin;
  - toute personne qui souhaite réduire ses risques de contracter l'influenza.

Note : dans ces deux derniers cas, le vaccin est alors aux frais de l'employeur ou de l'utilisateur.

## CONTRE-INDICATIONS

- Maladie fébrile aiguë.
- Allergie de type anaphylactique à l'une ou l'autre des composantes du vaccin, incluant les œufs, ou antécédent de réaction anaphylactique lors de l'administration d'un vaccin antigrippal.

## PRÉCAUTIONS

- Les personnes qui ont présenté un syndrome oculo-respiratoire (SOR) qui comportait des symptômes graves au niveau des voies respiratoires inférieures (ex. : difficulté à respirer, respiration sifflante, oppression thoracique) lors de leur dernière vaccination contre la grippe, doivent être vaccinées après évaluation des risques et des bénéfices de la vaccination pour elles (voir les rubriques « Manifestations cliniques survenant après la vaccination » et « Conduite à tenir pour la vaccination contre l'influenza chez les personnes qui ont des antécédents de SOR »).
- Le vaccin contre l'influenza n'est pas recommandé aux enfants âgés de moins de 6 mois parce qu'il est moins immunogène à cet âge.
- Les personnes présentant des troubles de la coagulation devraient être vaccinées selon des précautions particulières (voir le chapitre « Principes d'immunologie et d'immunisation »).
- Il serait prudent d'éviter de redonner le vaccin à une personne ayant développé un syndrome de Guillain et Barré dans les 6 semaines suivant une vaccination contre l'influenza (voir la rubrique « Manifestations cliniques survenant après la vaccination »).

## INTERACTIONS

- Aucune interaction vaccinale connue. Le vaccin contre la grippe peut être administré en même temps que d'autres vaccins mais à des sites d'injection différents.
- Puisque les groupes visés par la vaccination contre l'influenza et contre le pneumocoque sont très semblables, on peut profiter de la visite pour la vaccination antigrippale pour administrer le vaccin contre le pneumocoque mais à un autre site d'injection. Il est à noter que le vaccin contre la grippe est administré une fois par an, alors que le vaccin polysaccharidique 23-valent contre le pneumocoque n'est administré, en général, qu'une seule fois à la même personne. Chez les enfants de moins de 5 ans, si l'utilisation du vaccin conjugué 7-valent contre le pneumocoque est également envisagée, on devrait l'administrer au moins 8 semaines avant le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque (voir les sections spécifiques concernant les vaccins contre le pneumocoque).
- Selon le Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI), bien que le vaccin contre la grippe puisse diminuer l'élimination de la warfarine et de la théophylline, les études cliniques n'ont jamais démontré un quelconque effet défavorable attribuable à ces médicaments chez les personnes qui ont reçu un vaccin contre la grippe.
- Selon un rapport de cas publié en 2002, la vaccination contre la grippe pourrait avoir entraîné une augmentation significative des taux sanguins de carbamazépine chez un enfant de 14 ans.

## MANIFESTATIONS CLINIQUES SURVENANT APRÈS LA VACCINATION

On n'a observé aucune augmentation de la fréquence de la fièvre chez les adultes en santé qui reçoivent un vaccin à virion fragmenté par rapport à ceux qui reçoivent un placebo. Chez les enfants de 2 ans ou plus qui reçoivent le vaccin, la fièvre et les réactions locales ne sont pas plus fréquentes qu'après un placebo. Chez les enfants de moins de 2 ans, la fièvre est plus fréquente mais elle est rarement forte.

- Réaction locale (le plus souvent de la douleur) au site d'injection (10 à 64 %) qui peut durer jusqu'à 2 jours mais qui interfère rarement avec les activités quotidiennes habituelles.
- Possibilité de fièvre, de malaises ou de myalgies survenant dans les 6 à 12 heures et pouvant persister un ou deux jours après la vaccination, particulièrement chez ceux qui sont vaccinés pour la première fois contre l'influenza.
- Réaction allergique de type anaphylactique : très rare et probablement la conséquence d'une très grande hypersensibilité aux résidus de protéine de l'œuf ou à d'autres composantes du vaccin.
- Contrairement au vaccin utilisé contre la grippe porcine en 1976-1977, les vaccins subséquents préparés à partir d'autres souches virales jusqu'en 1991 n'ont pas été clairement associés à une fréquence accrue du syndrome de Guillain et Barré (SGB). Une augmentation du risque global de SGB au cours des 6 semaines suivant la vaccination, durant les saisons 1992-1993 et 1993-1994 aux États-Unis, a été observée; cette augmentation s'est traduite par un excédent de 1 ou 2 cas de SGB par million de personnes vaccinées par rapport à l'incidence attendue dans la population adulte (10 à 20 cas par million d'adultes). Cette augmentation pourrait être attribuable à la vaccination, mais elle pourrait également s'expliquer par d'autres facteurs, le SGB pouvant survenir, entre autres, à la suite d'une infection (ex. : *Campylobacter jejuni*). Les personnes ayant des antécédents de SGB risquent davantage de développer ce syndrome par la suite mais on ignore si la vaccination contre l'influenza pourrait jouer un rôle causal dans ce risque de récurrence.
- On a signalé de rares cas de vascularite systémique qui se sont manifestés dans les deux semaines suivant la vaccination contre l'influenza. Aucun antigène de l'influenza n'a été identifié dans les complexes immuns circulants ni dans les parois vasculaires et on n'a pu établir de rapport de cause à effet.
- Rien n'indique que le vaccin contre l'influenza prédisposerait au syndrome de Reye.

- Au cours de la vaccination antigrippale 2000-2001 au Canada, on a signalé un nombre accru de manifestations cliniques inhabituelles à la suite de l'administration du vaccin contre l'influenza, qui ont été décrites sous le nom de syndrome oculo-respiratoire ou SOR. Le SOR se manifestait généralement dans les 24 heures après la vaccination et était caractérisé par l'un des symptômes suivants : yeux rouges, symptômes respiratoires (toux, mal de gorge, difficulté respiratoire, oppression dans la poitrine) et œdème facial. Le syndrome était généralement bénin et disparaissait la majorité du temps en moins de 48 heures. La population âgée était moins touchée que la population d'âge moyen (30 à 59 ans) et le vaccin Fluviral S/F de Shire Biologics était le plus souvent associé à ces manifestations. À la suite des changements apportés dans le mode de production du vaccin Fluviral S/F, en vue de diminuer le nombre d'agrégats et de particules non fragmentées, on a constaté une baisse notable dans le nombre de signalements de SOR au cours des deux saisons suivantes.

Cependant, le phénomène du SOR continue d'être rapporté après la vaccination contre l'influenza mais dans des proportions similaires après l'administration de l'un ou l'autre des deux vaccins contre la grippe utilisés (Fluviral S/F et VAXIGRIP). Les études n'ont pas permis d'expliquer les mécanismes physiopathologiques impliqués dans le SOR, mais selon les opinions d'experts, il ne correspond pas à une réaction anaphylactique médiée par des IgE.

Les professionnels de la santé ont rapporté 20 cas de SOR par 100 000 doses de vaccin contre l'influenza distribuées au Québec en 2002-2003, comparativement à 34 par 100 000 en 2001-2002 et à 48 cas par 100 000 en 2000-2001.

## **CONDUITE À TENIR POUR LA VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA CHEZ LES PERSONNES QUI ONT DES ANTÉCÉDENTS DE SOR**

Les informations disponibles montrent que la revaccination de la plupart des personnes qui ont des antécédents de SOR peut être effectuée sans danger car même lorsqu'il y a eu récurrence, les symptômes ont la majorité du temps été légers et facilement tolérables.

Le risque de présenter un des symptômes du SOR après la vaccination antigrippale est estimé à 3 % chez une personne sans antécédent de SOR et le risque de récurrence varie de 5 à 28 %, selon les différentes études et enquêtes réalisées en 2001, 2002 et à l'hiver 2003.

Les personnes qui ont des antécédents de SOR comportant des symptômes qui n'atteignent pas les voies respiratoires inférieures peuvent à nouveau recevoir le vaccin antigrippal sans danger. Ces symptômes incluent rougeur des yeux, mal de gorge, toux, enrouement de la voix ou œdème du visage.

Il y a encore peu de données sur la revaccination des personnes qui ont fait un SOR grave incluant des difficultés respiratoires importantes après une vaccination contre l'influenza. Les personnes qui ont rapporté un SOR qui incluait des symptômes graves au niveau des voies respiratoires inférieures dans les 24 heures de leur dernière vaccination contre l'influenza, doivent être vaccinées après évaluation des risques et des bénéfices de la vaccination antigrippale pour elles. Ces symptômes sont ceux incluant une difficulté respiratoire importante, une respiration sifflante ou une oppression thoracique. On inclut également les cas de dysphagie grave ou d'autres symptômes qui ne sont pas énumérés dans la définition du SOR (ex. : constriction grave de la gorge), mais qui laissent planer des doutes quant à la sécurité de la revaccination.

L'un ou l'autre des vaccins antigrippaux disponibles peut être utilisé pour la revaccination des personnes qui ont des antécédents de SOR.

## CALENDRIER D'IMMUNISATION, POSOLOGIE ET VOIE D'ADMINISTRATION

L'information contenue dans le tableau suivant concerne les vaccins Fluviral S/F et VAXIGRIP.

Âge	Dose	Nombre de doses	Voie d'administration <sup>(1)</sup>
6 à 35 mois	0,25 ml	1 ou 2 <sup>(2)</sup>	IM
3 à 8 ans	0,5 ml	1 ou 2 <sup>(2)</sup>	IM
9 ans ou plus	0,5 ml	1	IM

Répéter annuellement si l'indication demeure.

(1) Utiliser le muscle deltoïde pour vacciner les adultes et les enfants plus âgés, le muscle vaste externe pour les jeunes enfants et les nourrissons. Dans le contexte de l'immunisation, le muscle dorsofessier est réservé à l'injection des immunoglobulines; pour plusieurs vaccins, ce site est moins immunogène.

(2) Chez les enfants de moins de 9 ans qui n'ont jamais reçu de vaccin contre la grippe, administrer deux doses à quatre semaines d'intervalle. Toutefois, la seconde dose est inutile si un enfant a reçu au moins 1 dose du vaccin au cours d'une saison grippale antérieure.

## INTERCHANGEABILITÉ DES VACCINS CONTRE L'INFLUENZA

Les vaccins à virion fragmenté sont interchangeables.

## RÉPONSE AU VACCIN

### Immunogénicité

La production et la persistance des anticorps après la vaccination dépendent de plusieurs facteurs dont l'âge, l'exposition antérieure et subséquente aux antigènes et la présence de déficits immunitaires.

Les titres d'anticorps humoraux qui sont en corrélation avec la protection vaccinale atteignent généralement leur maximum 2 semaines après la vaccination. La durée de l'immunité après l'administration du vaccin inactivé serait de moins d'un an. Cependant, chez les personnes âgées, les titres d'anticorps peuvent baisser en deçà du niveau protecteur en 4 mois ou moins. Actuellement, on ne possède pas de données à l'appui de l'administration, au cours de la même saison, d'une deuxième dose de vaccin antigrippal aux personnes âgées en vue de renforcer leur immunité.

## Effacité

L'efficacité du vaccin dépend de l'âge et de l'immunocompétence de la personne vaccinée ainsi que du degré de similitude entre les souches de virus circulantes et celles qui sont incluses dans le vaccin. Lorsque l'ajustement des souches est bon, l'efficacité du vaccin correspond aux données qui suivent.

Effet	Condition de la personne vaccinée	Efficacité
Prévention de la maladie	Enfant ou adulte âgé de moins de 65 ans en santé	70-90 %
	Personne hébergée en institution	30-40 %
Prévention de l'hospitalisation pour pneumonie ou influenza	Personne âgée de 65 ans ou plus vivant dans la communauté	30-70 %
	Personne hébergée en institution	50-60 %
Prévention du décès relié directement ou indirectement à la grippe	Personne hébergée en institution	80 %

## VACCINS CONTRE L'INFLUENZA

### RENSEIGNEMENTS À L'USAGE DES VACCINATEURS

#### Qu'est-ce que la grippe?

La grippe est une infection virale due au virus influenza qui sévit en Amérique du Nord, surtout de décembre à avril et peut causer des épidémies importantes. Elle se manifeste par une fièvre soudaine, une toux sèche, des douleurs musculaires et un malaise généralisé important qui durent plusieurs jours. La maladie peut se compliquer d'une pneumonie. La grippe évolue habituellement vers la guérison spontanée en 5 à 7 jours, bien que la toux et la fatigue puissent persister deux semaines ou plus.

La grippe peut entraîner des conséquences plus graves tels la pneumonie, l'hospitalisation et le décès. Au Québec, on dénombre annuellement 1300 à 1600 décès reliés à l'influenza et à ses complications. Ceci est particulièrement vrai chez les personnes âgées et chez celles ayant des problèmes de santé chroniques sous-jacents. Plus de 90 % des décès attribuables aux pneumonies et à l'influenza se produisent chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Il est important de distinguer la grippe des infections respiratoires banales, comme le rhume, qui sont sans conséquences.

#### Renseignements importants concernant la vaccination

La vaccination est la mesure la plus efficace pour prévenir ou atténuer la grippe et ses complications. Elle prévient la maladie chez environ 70 à 90 % des personnes en santé vaccinées pendant l'année. Chez les personnes âgées ou présentant une maladie chronique, le vaccin diminue de façon significative les risques de complications (ex. : pneumonie), d'hospitalisation et de décès. L'administration annuelle de ce vaccin est recommandée. Dans le but d'assurer la meilleure protection possible, le contenu viral est adapté chaque année aux types de virus qui circulent.

Cette vaccination n'offre pas de protection contre les autres virus qui causent des infections respiratoires. Par ailleurs, ce vaccin ne contient pas de virus vivants et il ne peut pas causer la grippe ou une infection respiratoire.

#### Réactions possibles suivant la vaccination et conduite à tenir

1. Quelques heures après avoir reçu le vaccin, la personne peut présenter une sensibilité au site d'injection, avec ou sans gonflement/rougeur, pouvant persister de 24 à 48 heures. L'application d'une compresse humide froide réduira les symptômes. L'enfant qui a reçu le vaccin dans la cuisse peut parfois boiter ou refuser temporairement de se porter sur sa jambe.
2. Dans de rares cas, le vaccin peut causer de la fièvre, des malaises et des douleurs musculaires qui commenceront entre 6 et 12 heures après la vaccination et dureront un ou deux jours. Il est conseillé aux personnes qui ont ces réactions de se reposer, de bien s'hydrater et d'utiliser un médicament contre la fièvre (si la température buccale est de 38,5 °C ou la température rectale, de 39 °C ou plus) du type acétaminophène. Il existe plusieurs préparations commerciales; il faut consulter un pharmacien pour obtenir de plus amples renseignements.
3. Exceptionnellement, la personne peut développer une réaction allergique grave.

4. Il est possible qu'il existe un très faible risque de développer un syndrome de Guillain et Barré dans les semaines suivant une vaccination contre l'influenza. Il s'agit d'une paralysie progressive et réversible mais qui peut parfois laisser des séquelles ou entraîner le décès. On ne connaît pas la cause exacte de ce syndrome mais on sait que le risque augmente avec l'âge et qu'il est souvent associé à une infection bactérienne ou virale récente. Si un risque de faire un syndrome de Guillain et Barré existe après la vaccination contre l'influenza, il serait de l'ordre de 1 cas par million de personnes vaccinées. Le risque de mourir de l'influenza, si l'on n'est pas vacciné, est beaucoup plus important que celui de faire cette complication si l'on est vacciné.
5. Le syndrome oculo-respiratoire (SOR) a été identifié à la suite de l'administration de la vaccination contre l'influenza à l'automne 2000, particulièrement avec l'un des trois vaccins contre la grippe utilisés au Canada, le vaccin Fluviral S/F. Les symptômes du SOR commençaient dans les 24 heures de la vaccination et pouvaient inclure la rougeur des deux yeux, des symptômes respiratoires (toux, sifflement respiratoire, oppression dans la poitrine, difficulté respiratoire ou mal de gorge) ou de l'enflure au visage. Beaucoup de cas étaient bénins mais certains ont entraîné des visites à l'urgence.

Au cours des années suivantes, les données du Québec ont montré qu'après avoir modifié le procédé de fabrication, le vaccin Fluviral S/F ne causait pas plus de SOR que le vaccin VAXIGRIP, l'autre vaccin contre la grippe utilisé au Québec. On a également montré que 3 personnes sur 100 risquaient d'avoir l'un des symptômes du SOR après la vaccination mais ces personnes rapportaient des symptômes le plus souvent légers qui n'empêchaient pas leurs activités quotidiennes. Chez les personnes qui ont déjà présenté des symptômes du SOR après la vaccination, le risque de refaire des symptômes du SOR à nouveau a varié entre 5 et 28 % selon les études, mais la plupart du temps les symptômes ont été plus légers que la première fois.

On considère maintenant que le SOR est un effet secondaire attendu chez un petit nombre de vaccinés et associé probablement à tous les vaccins contre l'influenza, même si la cause demeure inconnue. La survenue d'un SOR une fois ne signifie pas qu'il surviendra après une immunisation subséquente, non plus que si cela arrivait, il y ait aggravation des symptômes. Les personnes qui ont eu un SOR bénin ou modéré peuvent être revaccinées sans danger. La vaccination d'une personne qui a présenté un SOR comportant des symptômes graves au niveau des voies respiratoires (difficulté à respirer, respiration sifflante, oppression dans la poitrine) lors du dernier vaccin contre la grippe doit faire l'objet d'une décision individuelle basée sur les risques et les bénéfices à prévenir la grippe au moyen de la vaccination. Dans tous les cas où la vaccination est retenue, on pourra utiliser n'importe lequel des vaccins contre la grippe distribués au Québec.

6. En présence de réactions importantes survenant à la suite de la vaccination, il faut consulter un médecin et aviser le vaccinateur. Toute réaction survenue lors de la vaccination précédente doit être mentionnée au vaccinateur.

**ANNEXE 2A – EXTRAIT DU GUIDE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS  
(PRATIQUES DE BASE ET PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES  
VISANT À PRÉVENIR LA TRANSMISSION DES INFECTIONS  
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ [SUPPLÉMENT DU  
RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA])**

**GUIDE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS**

**Pratiques de base et précautions  
additionnelles visant à prévenir la  
transmission des infections dans les  
établissements de santé**

**Version révisée des techniques d'isolement et précautions**

**Santé Canada  
Laboratoire de lutte contre la maladie  
Bureau des maladies infectieuses  
Division des infections nosocomiales et du travail**

## II. Recommandations visant les établissements de soins prolongés

### A. Pratiques de base dans les établissements de soins prolongés

La présente section recommande des pratiques pour les soins courants prodigués à tous les résidents et englobe les précautions antérieures contre les agents pathogènes transmissibles par le sang (précautions universelles).

#### 1. Lavage/antiseptie des mains

- a. Le personnel soignant doit se laver les mains<sup>(26,231)</sup>

avant de prodiguer des soins à un résident

Considération spéciale : la nécessité de se laver les mains après un contact fortuit, indépendamment des soins dispensés au patient, devrait être déterminée de façon individuelle<sup>a</sup>.

avant de pratiquer des interventions invasives, p. ex., insertion de canules urinaires ou de cathéters intraveineux, soins d'une trachéotomie

après tout contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions et des excréctions, plaies exsudatives et peau non intacte

après tout contact avec des articles qui sont effectivement ou probablement contaminés par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréctions, p. ex., bassins, urinaux, pansements

immédiatement après avoir retiré les gants<sup>(268)</sup>

entre certains gestes posés sur le même résident lorsqu'il y a risque de contamination des mains, afin d'éviter la contamination croisée de différents sites du corps<sup>(258,277)</sup>

avant de préparer, manipuler, servir ou manger des aliments et avant de nourrir un résident

lorsque les mains sont visiblement souillées

après être allé aux toilettes ou s'être essuyé le nez.

**AII**

---

La distinction entre simple contact, comme le fait de serrer ou de tenir la main d'un résident, et les contacts survenant pendant les soins de santé est difficile à établir. Dans le cas des contacts simples ou sociaux qui impliquent un contact direct entre la peau du soignant et celle du résident, il faut envisager la possibilité que la peau du résident soit contaminée ou colonisée par des organismes potentiellement pathogènes, la nature du contact (p. ex., poignée de main, étreinte ou contact prolongé avec le résident), et de l'état du système immunitaire du résident (immunodéprimé ou non).

- b. Il faudrait fournir des soins d'hygiène et des soins de la peau convenables aux résidents, selon leur capacité fonctionnelle, p. ex., en leur donnant des instructions ou une assistance physique. Les membres de la famille devraient également recevoir des instructions concernant le lavage des mains<sup>(26)</sup>. **BIII**
- c. Il faut laver les mains des résidents avant les repas, après qu'ils ont été à la toilette et lorsqu'elles sont souillées. **BIII**
- d. On peut utiliser un savon ordinaire pour le lavage courant des mains<sup>(234)</sup>. **BII**
- e. Il faut mettre les fournitures nécessaires à la disposition du personnel soignant afin de faciliter le lavage des mains. Ces fournitures doivent être distinctes des fournitures personnelles des résidents, p. ex., distributeur mural de savon liquide, serviettes en papier<sup>(26)</sup>. **BIII**
- f. Pour le personnel soignant, les rince-mains antiseptiques peuvent remplacer le savon et l'eau pour le lavage des mains et sont particulièrement utiles lorsque le temps ou l'accès à un lavabo sont limités<sup>(233,258,259,265)</sup>. **AII**  
 Lorsque les mains sont visiblement souillées, il faut les laver avec de l'eau et du savon pour éliminer les saletés visibles avant l'usage d'un rince-mains antiseptique. Si de l'eau et du savon ne sont pas disponibles, on peut se laver les mains avec des essuie-doigts<sup>(233)</sup>. **BIII**
- g. Il doit y avoir des lavabos en nombre suffisant et facilement accessibles afin de faciliter le lavage des mains par le personnel, les résidents et les visiteurs<sup>(26,252)</sup>. **BIII**

Pour obtenir plus de renseignements ainsi que des recommandations concernant le lavage des mains, se reporter au *Guide de prévention des infections : lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé*<sup>(232)</sup>.

## 2. Gants

- a. Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour prodiguer des soins de base aux résidents, si le contact se limite à la peau intacte du patient<sup>(159)</sup>. Par exemple, il n'est pas nécessaire de porter des gants pour nourrir les résidents, à moins qu'il y ait un contact direct avec les muqueuses ou les sécrétions buccales. **BIII**
- b. Les gants doivent être utilisés comme mesure additionnelle, ils ne remplacent pas le lavage des mains<sup>(267,268)</sup>. **BII**

- c. Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour changer les couches ou les sous-vêtements pour incontinence lorsqu'il est possible d'éviter que les mains soient souillées par les fèces ou l'urine. **C**
- d. Il faut porter des gants propres, non stériles<sup>(21,272,304-306)</sup>
  - pour tout contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions et des excréments, les muqueuses, les plaies exsudatives ou la peau non intacte (lésions cutanées ouvertes ou dermatite exsudative)
  - pour manipuler des articles visiblement souillés par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments
  - lorsque le travailleur de la santé présente des lésions cutanées ouvertes aux mains. **AII**
- e. Lorsque les gants sont indiqués, il faut les enfiler juste avant le contact avec le résident ou juste avant d'entreprendre l'activité les nécessitant<sup>(178,276,277)</sup>. **AII**
- f. Les gants doivent être changés entre les soins donnés à un même résident après tout contact avec des matières qui pourraient contenir de fortes concentrations de micro-organismes<sup>(268,277)</sup>. **BIII**
- g. Il faut retirer les gants immédiatement après avoir terminé de prodiguer des soins à un résident et les jeter dans la chambre du résident<sup>(178,276,277)</sup>. **AIII**
- h. Il faut se laver les mains immédiatement après avoir retiré les gants<sup>(267,268)</sup>. **AII**
- i. Il ne faut pas laver ni réutiliser des gants jetables à usage unique<sup>(267)</sup>. **AII**

Pour obtenir d'autres renseignements et des recommandations concernant le port de gants, se reporter aux publications suivantes : *Guide de prévention des infections : lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé*<sup>(232)</sup> et *Guide de prévention des infections transmissibles par le sang dans les établissements de santé et les services publics*<sup>(21)</sup>.

### 3. Masque, lunettes protectrices, écran facial

Il faut porter au besoin un masque et des lunettes protectrices ou un écran facial pour protéger les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche pendant toute intervention ou activité de soins aux résidents qui risque de provoquer des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments<sup>(21,304,307)</sup>. **BIII**

### 4. Blouse

- a. Le port systématique de la blouse n'est pas recommandé<sup>(271,281-286)</sup>. **AI**

- b. Il faut porter la blouse pour protéger la peau et empêcher que les vêtements soient souillés durant toute intervention ou activité de soins aux résidents qui risque de provoquer des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions<sup>(21,307)</sup>. **BIII**

## 5. Fournitures de toilette

Les fournitures de toilette (p. ex., lotions, crèmes, savonnets, rasoirs), ne doivent pas être partagées entre les résidents. **BIII**

## 6. Équipement servant aux soins des résidents

- a. Le matériel réutilisable qui a été en contact direct avec le résident doit être nettoyé avant d'être utilisé pour prodiguer des soins à d'autres résidents. Dans le cas des articles qui ne sont en contact qu'avec la peau intacte, il faut établir un calendrier de nettoyage périodique de ce matériel et en surveiller l'application, s'il est impossible de le nettoyer entre chaque résident<sup>(26)</sup>. **BIII**
- b. Tout matériel visiblement souillé doit être nettoyé. **BIII**
- c. Les fauteuils hygiéniques, tout comme les cabinets, doivent être nettoyés régulièrement et quand ils sont souillés. Les bassins doivent être réservés à un seul résident et être étiquetés en conséquence. **BIII**
- d. Il faut établir des procédures désignant les responsables du nettoyage périodique de tout l'équipement de soins de santé. **BIII**
- e. Le matériel souillé servant aux soins des résidents, p. ex., les bassins, doit être manipulé de manière à prévenir toute exposition de la peau et des muqueuses ainsi que la contamination des vêtements et de l'environnement. **BIII**
- f. Il faut manipuler avec prudence les aiguilles déjà utilisées de même que les autres instruments pointus ou tranchants afin d'éviter les blessures durant l'élimination ou la stérilisation. Les articles pointus ou tranchants usagés doivent être jetés dans des contenants non perforables désignés situés sur les lieux mêmes où ces articles sont utilisés<sup>(8,21,312)</sup>. **AIII**
- g. Dans les services hospitaliers où les manoeuvres de réanimation sont probables, il faut mettre à la disposition du personnel des embouts buccaux, des ballons de réanimation ou d'autres dispositifs de ventilation<sup>(8,21)</sup>. **BIII**

Pour obtenir plus d'information et des recommandations concernant le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel, l'entretien ménager, la buanderie et la gestion des déchets, se reporter au *Guide de prévention des infections : lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé*<sup>(232)</sup>.

## 7. Contrôle de l'environnement

Il y a lieu d'établir des procédures pour l'entretien, le nettoyage et, s'il y a lieu, la désinfection systématique des meubles des résidents et des surfaces de l'environnement. **BIII**

Pour prendre connaissance des recommandations concernant la manipulation de la lingerie souillée, des déchets et d'autres articles, se reporter aux documents de Santé Canada intitulés *Guide de prévention des infections : lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé*<sup>(232)</sup> et *Prévention des infections transmissibles par le sang dans les établissements de santé et des services publics*<sup>(21)</sup>.

## B. Précautions additionnelles dans les établissements de soins prolongés

Il faut appliquer des précautions additionnelles, de même que les pratiques de base en présence de certains agents pathogènes ou tableaux cliniques. Ces précautions sont fondées sur le mode de transmission et sont nécessaires dans le cas des infections transmissibles par voie aérienne ou par de grosses gouttelettes. Elles peuvent être indiquées chez les résidents porteurs de micro-organismes très contagieux ou importants sur le plan épidémiologique qui peuvent être transmis par contact direct ou indirect.

**Sensibilisation des résidents et de leur famille** : Il s'agit là d'un aspect important des soins aux résidents qu'il ne faut pas négliger. Les résidents devraient comprendre la nature de leur maladie infectieuse, les précautions qui sont prises ainsi que les façons de prévenir la transmission de la maladie aux membres de leur famille et à leurs amis.

**Visiteurs** : Les visiteurs devraient parler avec une infirmière avant de visiter la chambre d'un résident pour lequel des précautions additionnelles doivent être prises et, s'il y a lieu, il faut leur expliquer l'usage approprié de la blouse, du masque, des gants ou d'autres précautions spéciales.

**Transport** : Les services de transport doivent instaurer des programmes et pratiques pour assurer le transport des résidents dont l'infection est transmissible. Si le transport exige des précautions additionnelles, l'établissement doit en informer le personnel chargé du transport.

## 2. Précautions contre la transmission par gouttelettes

### a. Infections virales des voies respiratoires<sup>(60,64,65,334,335)</sup>

1. Lorsqu'un résident présente des symptômes d'une infection virale aiguë des voies respiratoires, il faudrait envisager de maintenir une distance d'un mètre entre ce résident et les autres résidents et les visiteurs. **BIII**
2. Il pourrait être nécessaire de modifier ou de restreindre la participation aux activités de groupe pendant la période où le résident présente des symptômes. **BIII**
3. Les personnes qui partagent la chambre du résident et les visiteurs doivent connaître les précautions à prendre. **BIII**
4. Durant une éclosion dans un établissement, il faut envisager de restreindre les activités sociales aux services. **BIII**
5. Il pourrait être prudent de restreindre le nombre de visiteurs pendant une éclosion d'influenza dans la communauté. **BIII**
6. Durant une éclosion d'influenza dans un établissement, il faut envisager de demander aux travailleurs de la santé de porter un masque lorsqu'ils se trouvent à moins d'un mètre d'un résident atteint d'une infection symptomatique. Le rôle des masques dans la lutte contre les éclosions d'influenza dans les établissements de soins de longue durée n'a pas été établi. Le port de gants et le lavage des mains après tout contact avec le résident ou avec des surfaces et des articles potentiellement contaminés pourraient jouer un rôle plus important<sup>(86)</sup>. **C**

### b. Autres infections transmises par de grosses gouttelettes

(voir le tableau 4)

Il s'agit de cas inhabituels dans les établissements de soins de longue durée et ces situations devraient être traitées comme dans les établissements de soins actifs. (Partie B, section I.B.2)

## 3. Précautions contre la transmission par contact

Lorsque les pratiques de base ne suffisent pas à prévenir la transmission, des précautions additionnelles peuvent être indiquées pour certains micro-organismes, dans les cas suivants :

le micro-organisme a une faible dose infectieuse

le micro-organisme peut être transmis par la peau intacte du patient source

lorsqu'il existe un risque de contamination importante de l'environnement.

Les précautions contre la transmission par contact devraient être utilisées pour

- a. toute diarrhée aiguë vraisemblablement infectieuse si elle n'est pas contrôlée (incontinence, lorsque les fèces ne peuvent être contenus dans les couches ou les sous-vêtements pour incontinence et que le résident n'est pas confiné au lit<sup>(207,208)</sup>).
- b. dermatose desquamative étendue dont on sait ou on soupçonne qu'elle est accompagnée d'une infection ou colonisation importante.
- c. éruption cutanée évocatrice de la gale<sup>(213,214)</sup>.
- d. plaie exsudative infectée lorsque l'exsudat ne peut être contenu par le pansement<sup>(212)</sup>.
- e. varicelle ou zona disséminé (avec précautions contre la transmission par voie aérienne).
- f. envisager pendant les éclosions d'influenza dans l'établissement (avec précautions contre la transmission par gouttelettes)<sup>(86)</sup>.

En plus des pratiques de base :

- a. Il faudrait faire des efforts afin de maintenir une distance d'au moins 1 mètre entre le résident infecté et les autres résidents et les visiteurs. **BIII**
- b. La participation aux activités de groupe devrait être restreinte jusqu'à la disparition des symptômes ou la fin du traitement. **BIII**
- c. Les compagnons de chambre et les visiteurs doivent connaître les précautions à prendre. **BIII**
- d. Le personnel doit porter des gants et des blouses s'il doit avoir des contacts directs avec le résident ou s'il prévoit avoir des contacts directs avec les surfaces du milieu qui sont souvent touchées et s'il y a une contamination importante de l'environnement (diarrhée non contrôlée, exsudat d'une plaie impossible à contenir, desquamation excessive de la peau). **BIII**
- e. L'équipement et les fournitures désignés doivent tous être marqués et rangés de manière à prévenir leur usage par ou pour d'autres résidents. **BIII**
- f. Il faut réduire au minimum la contamination de l'environnement en recouvrant les plaies de pansements, et en utilisant des produits pour incontinence et des essuie-tout. **BIII**

#### 4. Soins aux résidents infectés par des micro-organismes résistants aux antimicrobiens (MRA)

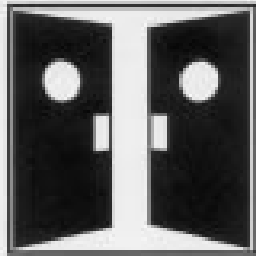
##### a. Politiques

Il ne faudrait pas refuser l'accès à des soins adéquats en raison de la colonisation ou d'une infection par des MRA<sup>(26,27,42,100,141,147,336)</sup>. **BIII**

Lors du transfert d'une personne qu'on sait infectée par un MRA à un autre établissement, il devrait y avoir une communication (de préférence entre le personnel responsable de la lutte anti-infectieuse) avant le transfert afin de faire

# PRÉCAUTIONS CONTRE LA TRANSMISSION PAR GOUTTELETTES

Aux visiteurs : Veuillez vous présenter au poste de soins infirmiers avant d'entrer dans la chambre.



## PLACEMENT DU PATIENT

Maintenir une distance d'au moins 1 mètre (3 pieds) entre les patients.  
On peut laisser la porte ouverte.



## MASQUE

Masque chirurgical à moins d'un (1) mètre (3 pieds) du patient.



## LAVAGE DES MAINS

Avant tout contact direct avec le patient.  
Après avoir touché des articles contaminés.  
Après tout contact direct avec le patient.

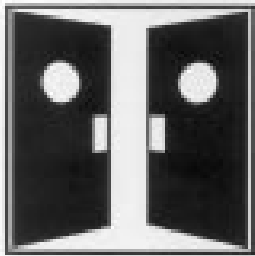


## TRANSPORT DU PATIENT

Transport uniquement lorsque c'est essentiel.  
Le patient doit porter un masque chirurgical durant le transport.  
Avertir le bureau de réception du service.

# PRÉCAUTIONS CONTRE LA TRANSMISSION PAR CONTACT

Aux visiteurs : Veuillez vous présenter au poste de soins infirmiers  
avant d'entrer dans la chambre.



## PLACEMENT DU PATIENT

Maintenir une distance d'au  
moins 1 mètre (3 pieds)  
entre les patients  
On peut laisser la porte ouverte



## MATÉRIEL

Utiliser uniquement pour un  
patient ou désinfecter  
après usage



## BLOUSE

SI y a risque de contamination  
ou de souillure



## GANTS

En entrant dans la chambre  
du patient ou en arrivant  
à son chevet



## LAVAGE DES MAINS

Après avoir retiré les gants  
Après avoir touché à des  
articles contaminés

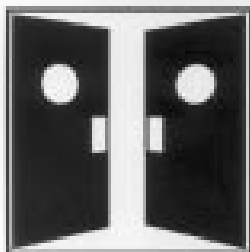


## TRANSPORT DU PATIENT

Transport uniquement lorsque  
c'est essentiel  
Avertir le bureau de réception  
du service

# PRÉCAUTIONS CONTRE LA TRANSMISSION PAR CONTACT / GOUTTELETTES

Aux visiteurs : Veuillez vous présenter au poste de soins infirmiers  
avant d'entrer dans la chambre.



## PLACEMENT DU PATIENT

Maintenir une distance  
d'au moins 1 mètre  
(3 pieds) entre les  
patients.  
On peut laisser la porte  
ouverte.



## MATÉRIEL

Utiliser uniquement  
pour un patient ou  
désinfecter après usage.



## MASQUE

Masque chirurgical à  
moins d'un (1) mètre  
(3 pieds) d'un patient  
qui toussé.



## BLOUSE

Si il y a risque de  
contamination.



## GANTS

En entrant dans la chambre  
du patient ou en arrivant  
à son chevet.



## LAVAGE DES MAINS

Après avoir retiré les gants.  
Après avoir touché à des  
articles contaminés.

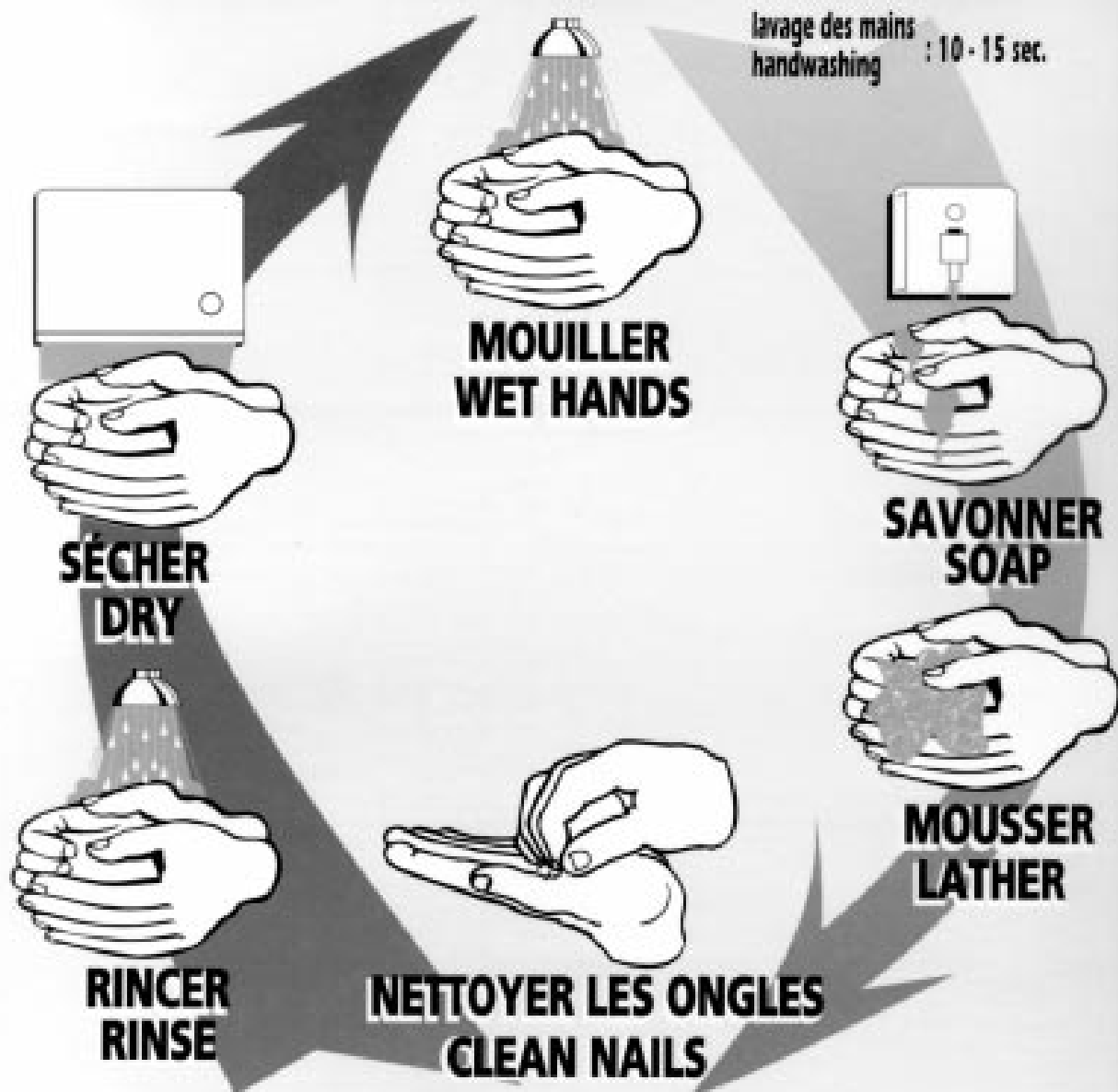


## TRANSPORT DU PATIENT

Transport uniquement lorsque  
c'est essentiel!  
Le patient doit porter un masque  
chirurgical durant le transport.  
Avertir le bureau de réception  
du service.

## **ANNEXE 2B – POUR UN LAVAGE EFFICACE DES MAINS**

# POUR UN LAVAGE EFFICACE DES MAINS EFFECTIVE HANDWASHING



Cette affiche est conforme aux exigences de l'article 22 de la Charte de la langue française et de l'article 18 du Règlement sur la langue du commerce et des affaires, et elle est apposée dans un lieu qui le justifie.

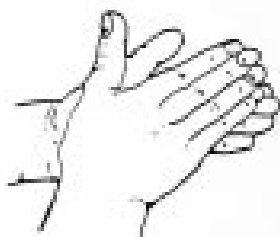
## ANNEXE 2C – TECHNIQUE DU LAVAGE DES MAINS



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
MONTÉRÉGIE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION

### TECHNIQUE DE LAVAGE DES MAINS



1. Paume à paume



2. Paume de la  
main droite sur  
la face dorsale de  
la main gauche et  
vice versa



3. Paume à paume,  
les doigts  
entrelacés



4. Face externe  
des doigts  
dans la paume  
de la main  
opposée



5. Friction des  
pouces avec  
des  
mouvements  
rotatifs



6. Friction du  
bout des  
doigts dans  
la paume de la  
main opposée

Source: Agence, S.A.C. et al. (1995). Centre de formation Santé.

## **ANNEXE 2D – EXEMPLE DE LETTRE AUX EMPLOYÉS, MÉDECINS ET BÉNÉVOLES**

Relance de vaccination contre l'influenza

Madame,  
Monsieur,

Nous constatons actuellement la présence de syndromes d'allure grippale dans la communauté \_\_\_\_\_  
(lieu)

: Si vous avez reçu le vaccin contre l'influenza à l'automne, vous n'avez pas à recevoir d'autre vaccin.

: Si vous n'avez pas encore été vacciné et que vous n'êtes pas malade actuellement, nous vous recommandons fortement de vous protéger en recevant le vaccin contre l'influenza dans les plus brefs délais.

Une séance de vaccination aura lieu les : \_\_\_\_\_

au local : \_\_\_\_\_

Merci de votre collaboration et de votre diligence.

\_\_\_\_\_  
Service de santé

## ANNEXE 2E – AVIS AUX VISITEURS

La grippe a maintenant commencé à circuler dans la communauté.

Dans le but d'éviter la transmission du virus dans l'établissement et compte tenu des graves complications (pneumonie pouvant même aller jusqu'au décès) que les résidents peuvent subir s'ils attrapent la grippe, nous vous demandons :

- de ne pas visiter les résidents, si vous présentez des symptômes tel que :
  - : toux,
  - : fièvre,
  - : difficultés respiratoires,
  - : douleurs musculaires généralisées ;
  
- de respecter les mesures d'isolement recommandées comme le port du masque, de la blouse lorsque le personnel vous l'indique ;
  
- **de vous laver rigoureusement les mains :**
  - : avant d'entrer dans la chambre,
  - : après vous être couvert la bouche lors de toux,
  - : après vous être mouché ou avoir manipulé du matériel pouvant être contaminé par des sécrétions du nez ou de la gorge (ex. : papier mouchoir),
  - : après avoir donné des soins d'hygiène au résident,
  - : en quittant le résident.

## ANNEXE 2E – AVIS AUX VISITEURS (version anglaise)

Influenza has started circulating in the community.

To prevent the virus from spreading in the institution and because of the serious complications (pneumonia that can even cause death) that residents can develop if they contract the 'flu, we ask you to:

- avoid visiting residents, if you have symptoms of the 'flu such as:
  - : cough,
  - : fever,
  - : difficulty breathing,
  - : general muscle pain;
  
- respect isolation measures such as wearing a mask or a gown, when asked by the staff;
  
- **wash your hands very well:**
  - : before entering the room,
  - : after covering your mouth when you cough,
  - : after blowing your nose or handling items that could be contaminated with nose or throat secretions (e.g.: tissues),
  - : after helping the resident with personal hygiene,
  - : after leaving the resident.





## ANNEXE 3C – LES RESSOURCES RÉGIONALES (mise à jour au besoin)

**Liste des laboratoires en mesure de procéder au diagnostic des infections causées par les virus de l'influenza (à fournir par la Direction de santé publique)**

Région sociosanitaire : \_\_\_\_\_

Établissement	Type d'analyse*		Technique de prélèvement recommandée	Délai pour obtention des résultats	Responsable du labo à contacter (fonction)	(1) téléphone (2) télécopieur	Heures d'ouverture du labo
	Influenza A	Influenza B					

\*Type d'analyse :

C = Culture cellulaire

Ag -(IF) = Immunofluorescence

Ag (EIA) A+B ou Ag (EIA) A seul = Techniques immunoenzymatiques

RT-PCR

S = Sérologie

Personne responsable en santé publique : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

---

Protocole d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée  
Prévention, surveillance et contrôle

## ANNEXE 3D – TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT (mise à jour au besoin)

### LES TESTS DISPONIBLES

<sup>3</sup> L'immunofluorescence :

- Ø permet l'identification des virus influenza de type A mais aussi de type B ;
- Ø résultats disponibles en quelques heures.

<sup>3</sup> Les techniques immunoenzymatiques :

- Ø résultats disponibles rapidement (15 min à 2 hres selon la technique) ;
- Ø identifient l'influenza de type A ou B selon la trousse utilisée.

<sup>3</sup> La culture virale :

- Ø méthode de référence ;
- Ø les résultats positifs de culture virale seront habituellement obtenus 2 à 5 jours suivant la mise en culture. Les résultats négatifs seront émis après 2 ou 14 jours selon la technique employée par le laboratoire.

<sup>3</sup> La sérologie :

- Ø cette technique est peu utile pour la gestion des éclosions d'influenza. Elle nécessite l'envoi d'un sérum en phase aiguë et d'un sérum en phase de convalescence (14 à 21 jours après le premier). Les résultats ne sont donc disponibles que plusieurs semaines plus tard.

### LES TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENTS

Plusieurs types de prélèvements sont possibles pour l'identification de l'influenza. **Le type de prélèvements de l'échantillon dépend entre autres de la méthode diagnostique qui sera utilisée et est à préciser avec le laboratoire de référence.**

Le nasopharynx est le site de prélèvement à privilégier. Les expectorations ne sont pas acceptables. Le prélèvement doit être fait le plus tôt possible au début des symptômes (< 72 heures), sinon ils pourraient être faussement négatifs.

Nous vous présentons ici, à titre indicatif, quelques grandes lignes des techniques de prélèvements pertinents.

A) Aspiration nasopharyngée :

Introduire par la narine jusqu'au nasopharynx un cathéter French n° 8 en plastique souple relié à une trappe à succion (Luki) et une pompe à vide. À l'aide du pouce, appliquer une succion intermittente en retirant lentement le cathéter. La procédure peut être répétée dans l'autre narine dans le but d'obtenir de 0,2 à 0,8 ml de sécrétion. Rincer la tubulure avec 1 à 2 ml de milieu de transport viral.

B) Lavage nasopharyngé :

Un tube auquel est relié une seringue à bulbe contenant 5 à 7 ml de sérum physiologique est inséré dans le nez du résident. La poire est rapidement comprimée puis relâchée, ce qui permet d'aspirer les sécrétions du nasopharynx.

C) Écouvillonnage nasopharyngé :

Introduire une tige en coton ou dacron flexible dans la narine parallèlement au palais jusqu'à la partie postérieure du pharynx. Laisser la tige en place quelques secondes, exercer un mouvement de rotation puis retirer la tige. Agiter l'écouvillon dans le milieu de transport afin d'en extraire les sécrétions et bien essorer sur le rebord. Jeter l'écouvillon et visser fermement le bouchon.

Les tiges en bois et en alginate de calcium sont à proscrire.

D) Écouvillonnage pharyngé :

À l'aide d'un écouvillon en coton ou dacron, frotter la portion postérieure du pharynx et les amygdales, en évitant de toucher à la luette. S'aider d'un abaisse-langue. Agiter l'écouvillon dans le milieu de transport afin d'en extraire les sécrétions et bien essorer sur le rebord. Jeter l'écouvillon et visser fermement le bouchon.

L'écouvillonnage pharyngé n'est pas optimal pour les techniques d'immunofluorescence.

## CONSERVATION ET TRANSPORT DES ÉCHANTILLONS

Garder les spécimens au froid, entre 2 et 8 °C.

Pour le transport, la température des spécimens réfrigérés doit être maintenue entre 2 et 8 °C en tout temps.

Pour la culture virale, si un délai de plus de 72 heures sépare le prélèvement de sa mise en culture, il faut le congeler à -70 °C. La congélation à -20 °C est à proscrire.

Les spécimens pour l'immunofluorescence ou pour les techniques immunoenzymatiques ne doivent pas être congelés et doivent parvenir au laboratoire le plus rapidement possible.

## COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Dans le contexte d'une suspicion d'éclosion d'influenza, il est important de communiquer par téléphone avec le laboratoire de référence et le laboratoire local afin d'avoir des résultats sans délai. Il faut indiquer sur la requête le nom et le numéro de téléphone de la personne à qui le laboratoire devra communiquer le résultat et la mention « urgent ».

Idéalement, il faudrait s'entendre avant le début de la saison sur un mécanisme qui permettrait au laboratoire de référence de savoir qu'il s'agit de prélèvements urgents.

Référence : Adapté de : Béliveau C et al, *Diagnostic des infections causées par les virus influenza A et B – Guide pratique*. 1999 :1-23

**LISTE DES FOURNITURES NÉCESSAIRES  
EN VUE D'EFFECTUER LES PRÉLÈVEMENTS ET L'ENVOI  
(POUR 10 RÉSIDENTS)**

**Pour les aspirations nasopharyngées :**

- 10 récipients de type « Luki »,
- 10 cathéters French n° 8,
- 10 milieux de transport viral.

**Pour les lavages nasopharyngés :**

- 10 récipients de type « Luki »,
- 10 seringues à bulbe de 10 ml,
- 10 milieux de transport viral.

**Pour les écouvillonnages nasopharyngés :**

- 10 écouvillons en coton ou dacron à tige flexible,
- 10 milieux de transport viral. Ils doivent être conservés à 4 °C.

**Pour le transport :**

- 1 boîte de styromousse avec une enveloppe de carton ou une glacière,
- un bloc réfrigérant (ice-pack) ou l'équivalent pré-congelé à - 20 °C,
- 10 réquisitions d'analyse,
- 1 étiquette pré-adressée au laboratoire de référence,
- 1 étiquette de risque biologique.

Référence : Adapté de : Béliveau C et al, *Diagnostic des infections causées par les virus influenza A et B – Guide pratique*. 1999 :1-23

## ANNEXE 4A – LETTRE À MARC DIONNE DU CURATEUR PUBLIC



Le  
Curateur public  
du Québec

Le 19 décembre 1997

Docteur Marc Dionne  
Coordonnateur de l'Équipe maladies infectieuses  
Centre de Santé publique de Québec  
2 400, rue d'Estimerville  
Beauport (Québec)  
G1E 7G9

**OBJET: CONSENTEMENT - Administration d'amantadine à des personnes sous curatelle publique en cas d'épidémie de grippe en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)**

---

Docteur,


La présente fait suite à votre télécopie reçue à l'Unité des consentements ce jour, relativement à l'objet mentionné en rubrique.

Nous désirons vous informer que nous consentons à l'administration d'amantadine en cas d'épidémie de grippe en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes que nous représentons.

Il est entendu que ce médicament sera alors administré sur prescription médicale et selon un protocole établi.

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de nos sentiments distingués.

La Curatrice publique,

  
JULIETTE P. BAILLY

JPE/at

c.c. : Docteurs Pierre Durand et André Bernard  
Centre hospitalier Saint-Augustin

## **ANNEXE 4B - UTILISATION DE L'AMANTADINE**

(Pour plus d'information, consulter la monographie du produit ou le CPS.)

Présentation :

- Capsule 100 mg,
- Sirop 5 ml / 50 mg.

Contre-indications : Hypersensibilité à l'amantadine.

Précautions :

- La posologie est ajustée selon l'âge et la fonction rénale (cf. tableau verso).
- Il faut surveiller les personnes sous hémodialyse, ayant des antécédents d'éruptions eczématoïdes ou souffrant de : insuffisance cardiaque, œdème périphérique, hypotension orthostatique, affection hépatique, psychose, épilepsie.
- Il n'y a pas de donnée probante chez les femmes enceintes.
- Il n'est pas recommandé de l'utiliser chez la femme qui allaite, car l'amantadine est excrétée dans le lait maternel.
- L'innocuité et l'efficacité ne sont pas établies pour enfant < 1 an.

Interactions médicamenteuses : Anti-cholinergiques, stimulants SNC.

Effets secondaires :

5 à 10 %	Nausées, vertiges, insomnie.
1 à 5 %	Dépression, anxiété et irritabilité, hallucinations, confusion, anorexie, sécheresse de la bouche, constipation, ataxie, livedo réticulaire, œdème périphérique, hypotension orthostatique, céphalées, somnolence, nervosité, cauchemars, agitation, sécheresse des muqueuses nasales, diarrhée et fatigue.
0,1 à 1 %	Insuffisance cardiaque globale, psychose, rétention urinaire, dyspnée, éruptions cutanées, vomissements, faiblesse, dysarthrie, euphorie, confusion, troubles de la pensée, amnésie, hyperkinésie, hypertension, diminution de la libido et troubles visuels tels que l'opacité sous-épithéliale marquée ou autre opacité cornéenne, l'œdème de la cornée, la diminution de l'acuité visuelle, la sensibilité à la lumière et la paralysie du nerf optique.
< 0,1 %	Convulsions, leucopénie, neutropénie, dermatite eczématoïde et crises oculogyres. La tentative de suicide et les idées suicidaires sont d'autres effets secondaires rarement signalés.

## POSOLOGIE RECOMMANDÉE D'AMANTADINE SELON L'ÂGE DU SUJET ET LA FONCTION RÉNALE

### Aucune insuffisance rénale connue

Âge	Dosage
1 - 9 ans <sup>a</sup>	5 mg/kg jour en 1 ou 2 prises, sans dépasser 100 mg par jour*
10 - 64 ans	100 mg/jour <sup>b</sup> *
≥ 65 ans	100 mg/jour

### Dose maximale die en prophylaxie\*

Chez les personnes âgées de 10 à 64 ans et chez les enfants > 20 kg dont la fonction rénale est normale :  
dose de 100 mg die retenue, car selon quelques études ce dosage en prophylaxie pourrait être aussi efficace que des doses plus élevées, tout en diminuant les effets secondaires.

### Insuffisance rénale connue

Clairance de la créatinine (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )	Posologie pour les 10 à 64 ans		Posologie pour les ≥ 65 ans	
	Dose initiale (jour 1)	Doses subséquentes (à compter du jour 2)	Dose initiale (jour 1)	Doses subséquentes (à compter du jour 2) <i>en comprimés</i>
≥ 80 ml/min	100 mg*	100 mg 1 fois/jour*	100 mg	100 mg/jour (10,0 ml) <i>en solution (10mg/ml)<sup>c</sup></i>
60 - 79 ml/min	100 mg*	100 mg 1 fois/jour*	100 mg	Alternance de doses quotidiennes de 100 mg et de 50 mg
40 - 59 ml/min	100 mg	100 mg 1 fois/jour	100 mg	
30 - 39 ml/min	100 mg	100 mg 4 fois/semaine	100 mg	100 mg tous les 2 jours
20 - 29 ml/min	100 mg	100 mg 3 fois/semaine	100 mg	100 mg 2 fois/semaine
10 - 19 ml/min	100 mg	Alternance de doses hebdomadaires de 200 mg et de 100 mg	100 mg	50 mg 3 fois/semaine

\* Les doses pour «traiter» l'influenza pourraient être plus élevées que les doses recommandées en prophylaxie pour ces personnes. Si la fonction rénale est normale (soit ≥ 80 ml/min), on administre jusqu'à 150 mg die chez les 1 à 9 ans > 20 kg et jusqu'à 200 mg die chez les 10-64 ans. Chez les 10-64 ans avec une insuffisance rénale de 60-79 ml/min, on administre en alternance 100 mg die et 100 mg bid. Dans tous les autres cas, les doses recommandées en prophylaxie et en traitement sont identiques.

<sup>a</sup> L'utilisation chez les enfants < 1 an n'a pas été étudiée de façon satisfaisante.

<sup>b</sup> Dans le cas des enfants qui ont > 10 ans mais pèsent < 40 kg, il est recommandé d'administrer 5 mg/kg/jour, indépendamment de l'âge.

<sup>c</sup> Adapté du Journal canadien des maladies infectieuses 2000; 11(4): 187-92. Les doses quotidiennes augmentent par paliers de 2,5 ml de manière à permettre l'emploi de godets médicaments sur lesquels la mesure 2,5 ml est indiquée.

Calcul de la clairance estimée de la créatinine: Homme: CLCr ml/min =  $\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)}}{\text{créatine sérique (}\mu\text{mol/l)} \times 0.81}$   
Femme: CLCr ml/min =  $0.85 \times \text{CLCr (homme)}$

(Adapté du CCNI et du Journal canadien des maladies infectieuses 2000; 11 (4) : 187-92)

Protocole d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée  
Prévention, surveillance et contrôle

## ANNEXE 4C – UTILISATION DES INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE

Il existe deux inhibiteurs de la neuraminidase qui sont efficaces à la fois contre l'influenza de type A et de type B : le zanamivir (Relenza®), qui est administré par inhalation, et le phosphate d'oseltamivir (Tamiflu®), qui est administré par voie orale. Ces antiviraux ont été approuvés par Santé Canada et homologués pour le traitement de l'influenza, mais pas encore pour la prophylaxie. Par contre, l'oseltamivir a été homologué pour la prophylaxie de l'influenza aux États-Unis.

Il est à noter que le seul antiviral qui pourrait être utilisé en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de créatinine inférieure à 10 ml/min) est le zanamivir, mais son innocuité et son efficacité n'ont pas été établies après des doses répétées administrées selon la posologie indiquée ou le *Compendium des Produits et Spécialités pharmaceutiques* (CPS, 2002).

Les tableaux suivants présentent la posologie recommandée ; pour en savoir davantage, il convient de consulter la monographie qui accompagne ces produits ou le *Compendium des Produits et Spécialités pharmaceutiques* (CPS). Toute modification motivée par une altération de la fonction rénale doit s'ajouter aux recommandations pour l'âge.

## OSELTAMIVIR (TAMIFLU®)

(Pour plus d'information, consulter la monographie du produit ou le CPS.)

Présentation : Capsule de 75 mg.

Contre-indications: ☒ allergie à une des composantes du produit,  
☒ insuffisance rénale sévère  
(clairance de créatinine inférieure à 10 ml/min).

Effets secondaires : Nausées, vomissements.

Précautions : ☒ La posologie d'oseltamivir doit être ajustée selon la clairance de la créatinine (voir le tableau posologique).  
☒ Il n'y a pas de donnée sur l'usage durant la grossesse et l'allaitement chez l'humain.  
☒ L'innocuité et l'efficacité de l'oseltamivir n'ont pas été établies chez la population pédiatrique. Consulter un spécialiste pédiatrique au besoin.

Interactions médicamenteuses : Aucune connue.

Posologie : La posologie d'oseltamivir doit être ajustée selon la clairance de la créatinine :

<u>CLAIRANCE DE LA CRÉATININE</u>	<u>POSOLOGIE EN PROPHYLAXIE<sup>+</sup></u> (Durée : au moins 14 jours et jusqu'à 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas)	<u>POSOLOGIE EN TRAITEMENT*<sup>+</sup></u> (Durée : 5 jours)
> 30 ml/min (fonction rénale normale)	75 mg par jour	75 mg deux fois par jour
10 – 30 ml/min	75 mg aux deux jours	75 mg par jour
< 10 ml/min	Contre-indiqué	

\* Pour être efficace, l'oseltamivir en traitement doit être débuté dans les 2 jours suivant le début des symptômes.

<sup>+</sup> Pas homologué pour un usage par les enfants. Si besoin, consulter un spécialiste pédiatrique.

## ZANAMIVIR (RELENZA®)

(Pour plus d'information, consulter la monographie du produit ou le CPS.)

Présentation : Le zanamivir se présente sous la forme d'une poudre à inhaler. La poudre est dispensée par un appareil de type «Diskhaler» et chaque coquille (donc chaque inhalation) libère 5 mg.

Contre-indications: ☒ allergie à une des composantes du produit,  
☒ maladie respiratoire sous-jacente (en particulier l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques [MPOC]).

Effets secondaires : Un bronchospasme ou une diminution de la fonction respiratoire ont été rapportés chez des patients recevant le zanamivir en traitement. Certains de ces patients n'étaient pas connus porteurs d'une maladie respiratoire sous-jacente.

Précautions : ☒ Si un bronchospasme se développe durant l'utilisation du zanamivir, il faut en cesser immédiatement l'utilisation et traiter le bronchospasme rapidement.  
☒ S'assurer que le patient maîtrise bien la technique d'inhalation (selon une étude rapportée par Allison McGeer (McGeer et coll., 2000), jusqu'à 20 % des résidents en soins prolongés avaient certaines difficultés avec la technique d'inhalation du médicament).  
☒ Il y a peu de données sur l'usage durant la grossesse et l'allaitement chez l'humain.  
☒ Médicament non recommandé < 12 ans. Consulter un spécialiste pédiatrique au besoin.  
☒ Innocuité et efficacité non établies pour patient avec une insuffisance rénale grave.

Interactions médicamenteuses : Aucune connue.

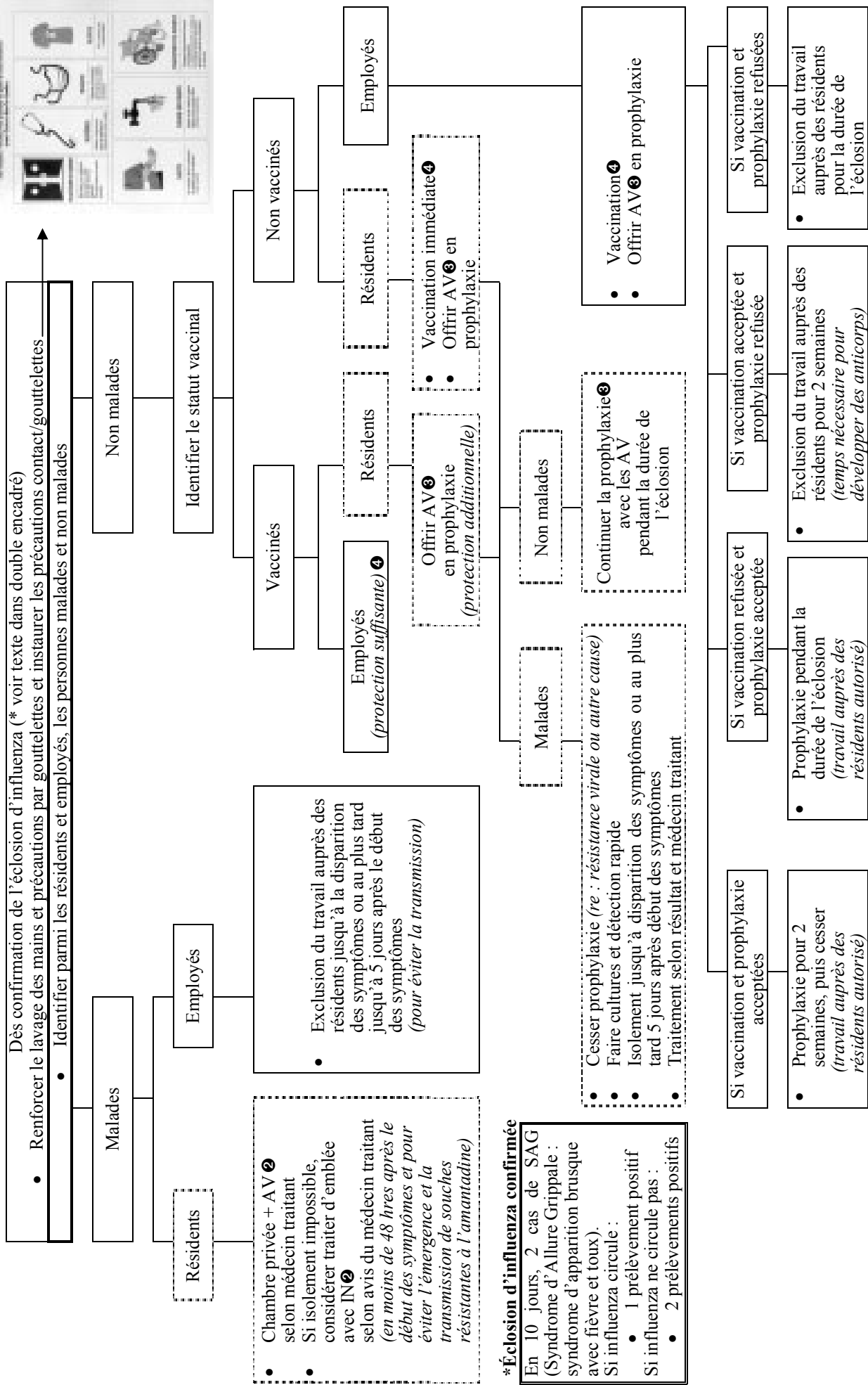
Posologie :

<u>POSOLOGIE EN PROPHYLAXIE</u> <sup>+</sup> (Durée : au moins 14 jours et jusqu'à 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas)	<u>POSOLOGIE EN TRAITEMENT</u> <sup>*+</sup> (Durée : 5 jours)
10 mg par jour (2 inhalations die)	10 mg deux fois par jour (2 inhalations BID)

\* Pour être efficace, le zanamivir en traitement doit être débuté dans les 2 jours suivant le début des symptômes.

<sup>+</sup> Pour les enfants pouvant se servir du «Diskhaler», consulter un spécialiste pédiatrique.

**ANNEXE 4D - MESURES SPÉCIFIQUES DE CONTRÔLE LORS D'UNE ÉCLOSION D'INFLUENZA EN CHSLD**  
(voir page suivante pour précisions sur les antiviraux AV (Amantadine [Am] et inhibiteurs de la neuraminidase [IN])



**\*Écllosion d'influenza confirmée**  
En 10 jours, 2 cas de SAG (Syndrome d'Allure Grippale : syndrome d'apparition brusque avec fièvre et toux).  
Si influenza circule :  
• 1 prélèvement positif  
Si influenza ne circule pas :  
• 2 prélèvements positifs

## SUGGESTIONS POUR L'UTILISATION DES ANTIVIRAUX (AV) ~ LORS D'UNE ÉCLOSION D'INFLUENZA EN CHSLD (AMANTADINE ET INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE [IN])<sup>①</sup>

### ~ **Choix de l'antiviral (AV) (Voir annexes 4B et 4C pour dosages et contre-indications de ces antiviraux) :**

On recommande :

- 1<sup>er</sup> choix : Amantadine\*\* : si écloison d'influenza A (si utilisée en traitement, isolement recommandé pour éviter transmission de souches résistantes).
- 2<sup>e</sup> choix : Inhibiteur de la neuraminidase (IN) : à utiliser avec réserve lors de situations où l'amantadine ne peut l'être ; si écloison d'influenza B, si résistance ou intolérance à l'amantadine, pour traitement de l'influenza A si isolement impossible.

### ① **Afin d'initier le traitement prophylactique avec l'amantadine ou un inhibiteur de la neuraminidase (IN) :**

- La pharmacie de l'établissement assure l'approvisionnement dans un bref délai (< 24hres), car tout retard dans l'initiation de la prophylaxie peut entraîner l'échec du contrôle de l'écloison.
- Pour utiliser le zanamivir ou l'oseltamivir en prophylaxie, le médecin traitant ou le responsable de la prévention de l'influenza en CHSLD contacte le CMDP de son établissement (si urgence, directeur des services professionnels) afin d'obtenir l'autorisation.  
(Ceux-ci ne sont pas encore homologués au Canada à cette fin contrairement à l'amantadine pour les éclosions d'influenza A).

### ② **Traitement avec AV (selon médecin traitant) :**

*Dosage et durée du traitement :*

- A) Amantadine\*\* (idem à prophylaxie [voir annexe 4B]) initié dans les 48 heures suivant le début des symptômes.
- B) Inhibiteur de la neuraminidase (IN) initié dans les 48 heures suivant le début des symptômes :
  - Zanamivir\* (Relenza®) : 10 mg BID en inhalation pendant 5 jours (voir annexe 4C) ;
  - Oseltamivir\*\* (Tamiflu®) : 75 mg BID per os pendant 5 jours (voir annexe 4C).

### ③ **Prophylaxie avec AV (pour tous les résidents [vaccinés ou non] et les employés non vaccinés ou non protégés) :**

*Durée : pendant 14 jours ou jusqu'à 10 jours après le début des symptômes chez le dernier SAG (option la plus lointaine des deux).*

*Dosage :* A) Amantadine\*\* : 100 mg per os le jour 1 pour tous, suivi d'un dosage ajusté selon l'âge et la fonction rénale, pour éviter les effets secondaires (voir annexe 4B).

OU B) Inhibiteur de la neuraminidase (IN) :

- Zanamivir\* : 10 mg die en inhalation (voir annexe 4C) ;
- Oseltamivir\*\* : 75 mg die per os (dosage à ajuster selon la fonction rénale [voir annexe 4C]).

### I **Protection conférée par le vaccin :**

- Si la souche circulante est incluse dans le vaccin : une protection suffisante est conférée aux employés en bonne santé deux semaines après la vaccination, mais la protection conférée aux résidents en CHSLD est insuffisante, car le vaccin est moins immunogène pour eux.
- Si la souche circulante n'est pas incluse dans le vaccin : la prophylaxie doit être offerte à tous les employés et tous les résidents vaccinés ou non.

\* NB : Le zanamivir en inhalation est contre-indiqué en traitement et en prophylaxie s'il y a des problèmes respiratoires sous-jacents. Il doit être cessé immédiatement si de tels problèmes se développent. Le bronchospasme secondaire doit être traité immédiatement (voir annexe 4C et CPS).

\*\* NB : L'oseltamivir et surtout l'amantadine doivent être administrés en fonction de la clairance de la créatinine : (voir annexes 4B et 4C).

*Si clairance < 10ml/min : contre-indication à leur utilisation (insuffisance rénale avancée).*





## ANNEXE 5C – AVIS AU PERSONNEL

NOUS SOMMES PRÉSENTEMENT EN PÉRIODE DE SURVEILLANCE  
ÉTROITE DE L'INFLUENZA (1<sup>er</sup> NOVEMBRE AU 31 MARS).

S.V.P. NOUS AVISER DÈS QU'UN RÉSIDENT OU VOUS-MÊME  
PRÉSENTEZ LES SYMPTÔMES SUIVANTS  
POUVANT CORRESPONDRE À LA  
**DÉFINITION D'UN SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG) :**

*SYNDROME d'apparition brusque avec  
FIÈVRE (38 °C rectale ou plus)  
accompagné de toux*

Chez les personnes âgées, la présentation clinique de l'influenza est souvent atypique. Ainsi, une température légèrement élevée ou abaissée par rapport à leur température normale pourra être significative. D'autre part, elles pourraient ne présenter que de la forte fièvre, de la lassitude et de la confusion, sans les symptômes respiratoires caractéristiques de l'influenza.

*Il faut garder un haut niveau de suspicion, et en cas de doute, en parler avec la personne responsable \_\_\_\_\_.*

Merci de votre collaboration !

Pour la notification des cas vous adresser à : \_\_\_\_\_

## ANNEXE 5D – LETTRE POUR LES RÉSIDENTS ET LEURS FAMILLES

(à personnaliser dans chaque milieu et à distribuer avant la saison grippale)

### QU'EST-CE QUE LA GRIPPE ?

La grippe est une infection due au virus influenza. Ce virus circule surtout durant les mois d'hiver (novembre à avril). Les symptômes de la grippe sont : une fièvre soudaine, une toux sèche, des douleurs musculaires et un malaise généralisé important qui dure plusieurs jours. Cette maladie peut se compliquer d'une pneumonie, et entraîner l'hospitalisation et parfois le décès. Ceci est vrai surtout chez les personnes âgées qui sont souvent affaiblies par d'autres problèmes de santé.

La grippe, c'est donc beaucoup plus sérieux qu'un simple rhume qui rentre dans l'ordre en quelques jours !

### COMMENT PRÉVENIR LA GRIPPE?

La **vaccination contre la grippe** est le meilleur moyen de se protéger. Elle est offerte à tous les résidents chaque automne. Pour éviter de transmettre la grippe aux résidents, on recommande aussi au personnel, aux bénévoles et aux membres de la famille de se faire vacciner. Vous pouvez communiquer avec le CLSC de votre région ou votre médecin de famille pour plus de renseignements.

Le **lavage des mains** est un élément de prévention tout aussi important, car la grippe peut se transmettre par l'intermédiaire des mains. Le lavage des mains doit donc être fait par tous (résidents, personnel, bénévoles, famille) et fréquemment (après avoir toussé ou s'être mouché, avant de manger, etc.).

Si **vous présentez des symptômes semblables à ceux de la grippe**, vous devriez **vous abstenir de visiter** vos proches pour toute la durée de votre maladie afin de ne pas leur transmettre la grippe. Ceci évitera aussi l'entrée du virus dans l'établissement. Si la visite s'impose, elle sera limitée à la chambre du résident. Vous devrez alors porter un masque et vous laver les mains avant d'entrer dans la chambre et après avoir toussé ou vous être mouché.

Si un **résident présente des symptômes semblables à ceux de la grippe**, sa participation aux activités de groupe sera restreinte durant la période de sa maladie afin d'éviter la transmission aux autres résidents. Un prélèvement de sécrétion pourra être fait pour vérifier s'il s'agit bien de l'influenza. De plus, le port du masque, de la blouse et des gants pourrait être exigé de ceux qui entrent dans sa chambre ou se tiennent très près du résident grippé (à moins d'un mètre), en particulier en période d'éclosion.

## ÉCLOSION DE GRIPPE

Dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée comme \_\_\_\_\_ (*nom de l'établissement*), la transmission d'une personne à l'autre peut être très rapide. Si une telle éclosion survenait, des mesures de précautions additionnelles devraient être appliquées rapidement afin d'éviter la transmission aux résidents non atteints :

- ✓ arrêt temporaire des activités sociales ;
- ✓ limitation des visites ;
- ✓ port de la blouse, des gants et du masque lors des soins directs aux résidents ;
- ✓ on peut recommander la prise d'un médicament antiviral à tous les résidents pour éviter qu'ils attrapent la grippe et pour enrayer la circulation du virus dans l'établissement.

**La grippe n'est pas banale...**

**Nous avons besoin de votre collaboration pour diminuer son impact.**

N'hésitez pas à nous poser vos questions à ce sujet.

L'équipe de prévention des infections du \_\_\_\_\_ (*nom de l'établissement*).

## ANNEXE 5D – LETTRE POUR LES RÉSIDENTS ET LEURS FAMILLES (version anglaise)

(à personnaliser dans chaque milieu et à distribuer avant la saison grippale)

### WHAT IS INFLUENZA?

Influenza is an infection caused by the influenza virus. This virus occurs primarily during the winter (November to April). 'Flu symptoms include a sudden fever, dry cough, muscular pain and severe general discomfort lasting several days. The disease can be complicated by pneumonia and lead to hospitalisation. Influenza can even cause death, especially among the elderly who often have other health problems which weaken them.

Therefore, influenza is much more serious than a simple cold, which usually lasts only a few days!

### HOW CAN YOU PREVENT INFLUENZA?

**Vaccination against influenza** is the best way to protect yourself. It is offered to all residents every autumn. To avoid spreading the virus to residents, we also recommend that staff members, volunteers, and family members receive the vaccine. For more information, contact your local CLSC or your family physician.

**Hand washing** is just as important for preventing influenza because the virus can be spread by hands. Everyone (residents, staff, volunteers, family members) should wash their hands frequently (after coughing or blowing your nose, before eating, etc.).

If **you develop 'flu symptoms**, you should **not visit** people close to you while you are sick to avoid spreading the disease to them. This will also prevent the virus from making its way into the institution. If you have to visit, stay in the resident's room. You should also wear a mask and wash your hands before entering the room and after coughing or blowing your nose.

If a **resident develops 'flu symptoms**, he or she should limit their participation in group activities while sick to avoid transmitting the virus to the other residents. A throat swab should be tested to confirm whether this person has influenza. Moreover, anyone entering into his or her room or who is in very close contact (less than a meter) should be required to wear a mask, a gown, and gloves.

## INFLUENZA OUTBREAK

In residential and extended-care centres such as \_\_\_\_\_ (*name of the institution*), the virus can spread from one person to another very quickly. If such an outbreak occurs, additional precautionary measures should be taken to avoid spreading the virus to healthy residents:

- ✓ temporarily halting social activities;
- ✓ limiting visits;
- ✓ wearing a gown, gloves, and a mask when providing care to residents;
- ✓ a recommendation can be made to all residents to take antiviral medication to prevent their contracting influenza and to stop the virus from circulating in the institution.

**Influenza is serious ...**

**We need your cooperation to reduce its impact.**

Do not hesitate to ask us questions about this issue.

The infection prevention team at \_\_\_\_\_ (*name of the institution*).

## ANNEXE 5E – EXEMPLE DE DEMANDE DE CONSENTEMENT

### Consentement à la vaccination annuelle contre l'influenza et à la prise d'une médication pour prévenir l'influenza en cas d'éclosion au CHSLD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nom du résident ou de son représentant)

résidant au \_\_\_\_\_

Oui Non

Je consens à recevoir une vaccination contre l'influenza à chaque année tel que cela m'a été expliqué tant que je résiderai à l'établissement ci-haut mentionné. Je comprends que ce vaccin me sera administré si je ne présente pas de contre-indication.

Oui Non

Je consens à prendre une médication pour prévenir l'influenza tel que cela m'a été expliqué si une éclosion survient dans l'établissement où je réside. Cette médication me sera administrée selon le protocole en vigueur dans l'établissement \_\_\_\_\_, si je ne présente pas de contre-indication.

(Nom de l'établissement)

Je comprends que ces consentements sont révocables en tout temps.

\_\_\_\_\_  
Signature (résident ou son représentant) Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Témoin Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANNEXE 5E – EXEMPLE DE DEMANDE DE CONSENTEMENT**  
**(version anglaise)**

**Consent for annual influenza vaccination and for taking medication to prevent influenza during an outbreak at the LTCF \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
Name of resident (or his or her representative)

living at \_\_\_\_\_

Yes    No  
   

I consent to receive the influenza vaccine every year as has been explained to me, as long as I am living in the institution named above. I understand that the vaccine will be given to me unless there are medical reasons not to have the vaccine.

Yes    No  
   

I consent to take medication to prevent influenza as has been explained to me if an outbreak should occur in the institution where I live. This medication will be given to me according to the LTCF \_\_\_\_\_ protocol  
(Name of the institution)  
unless there are medical reasons not to have the medication.

I understand that I can withdraw my consent at any time.

\_\_\_\_\_  
Signature (resident or his or her representative)      Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Witness      Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_