

Plan d'intervention régional sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

MARS 2004

*Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux*

Québec 

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION
DU BAS-SAINT-LAURENT

Rédaction

Daniel Bolduc, épidémiologiste

Collaboration

Bernard Pouliot, médecin-conseil

Marie-Claude Gagnon, infirmière-conseil

Lecture

Diane Meunier

Diane Morin

Révision et mise en pages

Diane Morin

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-921799-93-6

REMERCIEMENTS

Nous tenons d'abord à remercier les directions de santé publique de Chaudière-Appalaches, de la Côte-Nord et du Saguenay–Lac-St-Jean qui ont partagé leurs documents et leurs réflexions pour faciliter la rédaction du Plan d'intervention régional sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) - Bas-Saint-Laurent. Nous remercions les responsables de la prévention des infections des établissements de santé du Bas-Saint-Laurent qui ont commenté les deux versions préliminaires du Plan. Les professionnels de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Direction des affaires médicales et de la santé physique, Direction des services sociaux et communautaires, Direction des ressources humaines et des relations avec la population, Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles) ont aussi contribué à colliger la première version. Nous soulignons l'attention des membres du conseil d'administration de l'Agence de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent ainsi que la compréhension et le support des directeurs généraux et des directeurs des services professionnels des établissements de santé de la région. Enfin, un merci particulier à nos secrétaires, particulièrement, à madame Diane Morin qui a mis en pages le présent document et les nombreux outils qui y sont joints.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
1.0 PRÉPARATION DU PLAN	1
2.0 PRINCIPES GÉNÉRAUX	1
3.0 LA SURVEILLANCE ET LA VIGIE SANITAIRE	2
3.1 Responsabilités de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPE) pour la surveillance et l'alerte	3
3.2 Responsabilités d'Info-Santé CLSC pour la surveillance et l'alerte	4
3.3 Responsabilités du Centre des communications de santé (CCS)	4
4.0 LES COMMUNICATIONS	4
4.1 Responsabilités de la DSPPE et du Service des communications de l'Agence.....	4
4.2 Responsabilités des établissements de santé (CH, CHSLD, CLSC, CCS, cliniques médicales).....	5
4.3 Communications aux partenaires multisectoriels	5
5.0 LE SIGNALEMENT DES CAS	6
6.0 L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE QUARANTAIRE	6
6.1 Validation des cas	6
6.2 Liste des contacts en milieu de soins	6
6.3 Enquête épidémiologique	7
6.4 Mise en place des mesures d'isolement et Loi sur la quarantaine	7
6.5 Intervention auprès des cas suspects de SRAS en isolement volontaire	8
6.6 Intervention auprès des contacts en autosurveillance.....	8
7.0 LES MODALITÉS DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION	9
7.1 Prévention de la transmission en centre hospitalier (CH)	11
7.1.1 Prévention de la transmission à l'urgence des CH et certaines cliniques externes	11
7.1.2 Prévention de la transmission lors de l'isolement d'un cas en milieu hospitalier	12

7.2	Prévention de la transmission pour les établissements de soins externes (cliniques médicales, cabinets privés, CLSC, Unité de médecine familiale)	12
7.3	Prévention de la transmission dans les services préhospitaliers.....	14
7.4	Prévention de la transmission concernant les CLSC pour le suivi des cas en isolement à domicile	14
8.0	LES SCÉNARIOS OPÉRATIONNELS SELON LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE	15
8.1	Premier niveau : mise à niveau des centres hospitaliers	15
8.2	Deuxième niveau : mise en place de centres désignés	16
8.3	Troisième niveau : mise en place d'un centre régional d'évaluation et de traitement	17

ANNEXE A Outils 1-13

Outil #1	Algorithme - Évaluation et gestion des cas de MRS par le clinicien (en l'absence de cas de SRAS dans le monde)
Outil #2	Questionnaire d'enquête à l'usage du médecin traitant pour MRS potentiellement associée au SRAS
Outil #3	Déclaration d'une maladie/intoxication à déclaration obligatoire (MADO) selon la Loi sur la santé publique à l'usage du médecin
Outil #4	Déclaration d'une maladie/intoxication à déclaration obligatoire (MADO) selon la Loi sur la santé publique à l'usage du laboratoire
Outil #5	Fiche d'information SRAS
Outil #6A	Algorithme pour les services hospitaliers – Arrivée d'un patient sans préavis – Infirmière au triage
Outil #6B	Algorithme pour les services hospitaliers – Arrivée d'un patient sans préavis – Médecin
Outil #6C	Algorithme pour les services hospitaliers – Arrivée d'un patient sans préavis – Infirmière-chef
Outil #6D	Algorithme pour les services hospitaliers – Arrivée d'un patient avec préavis – Infirmière-chef
Outil #7A	Liste des personnes ayant été en contact, probable, suspect ou sous enquête avec un cas de SRAS
Outil #7 B	Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) - Liste des personnes ayant été en contact, probable, suspect ou sous enquête avec un cas de SRAS - Instructions
Outil #8	Triage dans une clinique médicale
Outil #9	Questionnaire pour un triage par téléphone par INFO-SANTÉ

Outil #10A	Protocole d'identification du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) à l'usage des services préhospitaliers
Outil #10B	Procédure préhospitalière de prise en charge des patients suspects de présenter un « Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) » pour les premiers répondants
Outil #10C	Procédure préhospitalière de prise en charge des patients suspects de présenter un « Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) » pour les techniciens ambulanciers
Outil #10D	Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) – Conduite et questionnaire pour les techniciens ambulanciers à l'arrivée sur les lieux d'un cas potentiel de SRAS
Outil #11A	Synthèse des recommandations sur les mesures de prévention individuelles dans le contexte de présence ou de suspicion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
Outil #11B	Masque N-95 - Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Fiche technique d'utilisation pour les travailleuses et travailleurs de la santé
Outil #11C	APR à épuration d'air motorisé - Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Fiche technique d'utilisation pour les travailleuses et travailleurs de la santé lors de situation à haut risque de générer des aérosols
Outil #12A	Affiches sur la prévention des infections respiratoires de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre : « Je protège les autres... En cas de fièvre et de toux je porte un masque », « Si vous faites fièvre et toux, faites preuve de civisme, dites-le à la réception » et « Visiteurs : Attention la saison de la grippe est de retour ».
Outil #12A	Affiches sur la prévention des infections respiratoires de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre : « Visiteurs : Attention la saison de la grippe est de retour ».
Outil #12A	Affiches sur la prévention des infections respiratoires de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre : « Je protège les autres... En cas de fièvre et de toux je porte un masque ».
Outil #12A	Affiches sur la prévention des infections respiratoires de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre : « Si vous faites fièvre et toux, faites preuve de civisme, dites-le à la réception ».
Outil #13	Gestion des cas de SRAS, des contacts et des retours de zone affectée
ANNEXE B	Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins. Avis scientifique – Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 26 janvier 2004.

1.0 PRÉPARATION DU PLAN

Le directeur de la santé publique a la responsabilité, en vertu de la Loi sur la santé publique, de coordonner l'action des partenaires en vue de la production et de la réalisation du *Plan d'intervention régional sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)*.

Lorsqu'il y a menace réelle ou appréhendée à la santé de la population, le directeur de la santé publique a le mandat légal d'agir pour prévenir la contagion, particulièrement, de par ses pouvoirs d'enquête et d'intervention aux fins de protection de la santé publique¹. Considérant la menace du SRAS, le directeur de la santé publique du Bas-Saint-Laurent entreprend une démarche de consultation auprès des établissements du réseau de la santé afin de convenir d'un plan d'intervention régional.

En vertu de leurs mandats et de leurs responsabilités légales, tous les établissements de santé, cliniques médicales et entreprises ambulancières doivent définir à l'avance des règles de prévention de la transmission en milieu de soins selon leur spécificité. Le personnel doit connaître ces règles et les modalités d'application et avoir à sa disposition le matériel de protection nécessaire. Les travailleurs concernés doivent, notamment, recevoir une formation adéquate en protection respiratoire, mais aussi disposer des connaissances et des moyens pour prévenir la transmission des infections.

2.0 PRINCIPES GÉNÉRAUX

Le *Plan d'intervention régional sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)* préconise une mobilisation progressive des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent en fonction de l'épidémiologie de la maladie. En l'absence de cas, il est opportun d'investir pour la formation des intervenants, l'achat d'équipement de protection personnelle et la construction ou la normalisation d'immobilisation. En présence de cas, les procédures de traitement des cas et de prévention de la contagion peuvent être appliquées avec diligence.

¹ Loi sur la santé publique, chapitres VIII à XII inclusivement.

Le Plan regroupe des mesures de prévention et de contrôle contre le SRAS et d'autres infections. Il est basé sur :

- la surveillance et la vigie sanitaire (section 3);
- les communications (section 4);
- le signalement et la validation rapide des cas (section 5);
- l'enquête épidémiologique et la mise en place rapide de mesures d'isolement et de quarantaine (section 6);
- les modalités de prévention de la transmission (section 7);
- les scénarios opérationnels selon la situation épidémiologique (section 8).

Le Plan d'intervention régional sur le SRAS s'inscrit dans une approche globale de prévention des infections dans le Bas-Saint-Laurent. Il comprend des procédures (outils 1-13, annexe A) spécifiques au SRAS et propose une stratégie globale de prévention des infections en milieu de soins (avis scientifique, Comité sur les infections nosocomiales du Québec, annexe B).

3.0 LA SURVEILLANCE ET LA VIGIE SANITAIRE

Étant donné le contexte actuel du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), où il n'existe plus de chaîne de transmission à l'échelle internationale mais où persiste une zone dans laquelle la probabilité de transmission de l'infection par le coronavirus du SRAS (SRAS-CoV) de l'animal à l'homme existe, le directeur national de la santé publique juge qu'il est nécessaire de mettre en place une vigie continue pour toute maladie respiratoire sévère (MRS) potentiellement associée au SRAS ou à d'autres infections respiratoires graves ou émergentes.

En décembre 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit à l'échelle mondiale trois zones à risque de résurgence du SRAS-CoV, compte tenu de l'expérience des récentes flambées et du potentiel de réémergence. Les activités de surveillance recommandées au palier national ou régional varient en fonction de ces zones.

- **Zone de résurgence potentielle du SRAS-CoV** : il s'agit d'une zone reconnue comme la ou les sources de la récente flambée de novembre 2002 ou une zone où la probabilité de transmission de l'infection par le SRAS-CoV de l'animal existe. Il s'agit de la Chine, incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong.
- **Zones nodales** : il s'agit de zones où la transmission locale a été soutenue pendant la récente flambée ou zones ayant accueilli un grand nombre de personnes en provenance de la zone de résurgence potentielle du SRAS-CoV. Le Grand Toronto fait partie de ces zones.
- **Zones à faible risque** : il s'agit de zones n'ayant jamais déclaré de cas, ayant déclaré seulement des cas importés ou n'ayant connu qu'une transmission locale limitée pendant la récente flambée. Le Québec en fait partie.

3.1 Responsabilités de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPÉ) pour la surveillance et l'alerte

- Mettre à jour régulièrement l'information pertinente et les outils de travail (annexe A) en fonction des développements épidémiologiques et transmettre l'information aux partenaires ainsi qu'à la population.
- Diffuser la définition de cas pour l'évaluation et la gestion des cas de maladie respiratoire sévère (MRS) par le clinicien (outil #1, annexe A) aux médecins et aux établissements de soins et demander de signaler les cas suspects ou probables. Cette définition de cas réfère à une situation de préalerte alors qu'il n'y a pas de cas incidents. Cette définition sera modifiée en fonction du nombre de cas incidents et du contexte épidémiologique (situation d'alerte).
- Recevoir des signalements de cas suspects ou probables. Les médecins ont l'obligation de déclarer tout cas de SRAS et la DSPPÉ offre des services pour traiter les déclarations. Les médecins peuvent utiliser la procédure de notification des MADO pendant les heures de travail de la semaine (tél. : 418-724-5231 ou 418-868-1000) ou communiquer avec le

médecin de garde en maladies infectieuses en dehors des heures régulières de travail (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7) en communiquant au numéro de téléphone 418-723-7851 ou 418-868-1000.

3.2 Responsabilités d'Info-Santé CLSC pour la surveillance et l'alerte

- Évaluer en entrevue téléphonique la présence de critères suggérant la possibilité de SRAS (outil #9, annexe A).
- Procéder au prétriage de cas suspects pour éviter la propagation de la maladie en milieu de soins hospitaliers ou cliniques et orienter la personne vers les services adéquats.

3.3 Responsabilités du Centre des communications de santé (CCS)

- Évaluer les demandes téléphoniques de transport en vue de faire appliquer le protocole d'envoi s'il y a suspicion de SRAS (outil #10A, annexe A).
- Aviser les techniciens ambulanciers et les premiers répondants qui doivent appliquer les protocoles de protection en vigueur.

4.0 LES COMMUNICATIONS

Les communications impliquent une concertation des partenaires avant que les messages ne soient émis. L'établissement d'une équipe de communication et l'identification d'un porte-parole sont nécessaires pour limiter la confusion et améliorer leur impact. Le rôle de porte-parole est attribué initialement à la DSPPE qui doit se concerter avec ses partenaires (médecins traitants, centres hospitaliers, CLSC, services préhospitaliers, etc.) pour diffuser l'information.

4.1 Responsabilités de la DSPPE et du Service des communications de l'Agence

- Recueillir des informations pertinentes auprès de sources fiables officielles.
- Coordonner les activités interétablissements et convoquer des intervenants clés en session de travail (ex. : conférences téléphoniques, réunions en personne).
- Distribuer les dépliants d'information produits par le MSSS dans les milieux à risque.

- Diffuser les messages à la population pour que les personnes consultent le service téléphonique Info-Santé CLSC en présence de symptômes et de facteurs de risque pouvant suggérer un cas de SRAS, et ce, avant de se présenter à l'urgence pour des services médicaux.
- Préparer et diffuser des communiqués de presse selon l'évolution de la situation épidémiologique.
- Diffuser des informations pertinentes et des guides d'intervention (outils) aux établissements de santé, aux médecins, aux services préhospitaliers (entreprises ambulancières, techniciens ambulanciers) et au Centre des communications de santé.
- Diffuser des informations et des guides d'intervention (outils) aux services préhospitaliers.
- Diffuser de l'information pertinente au public local et régional, en lien avec le MSSS, les établissements de santé, les médecins, les services préhospitaliers, par le biais des médias (relations de presse et publicité). Les communiqués ayant un impact sur l'organisation des services sont transmis aux établissements impliqués avant leur diffusion dans les médias.

4.2 Responsabilités des établissements de santé (CH, CHSLD, CLSC, CCS, cliniques médicales)

- Signaler les cas et leurs contacts à la DSPPÉ.
- Diffuser de l'information pertinente au personnel concerné et aux patients.
- Contribuer à informer le public local et régional, en lien avec la DSPPÉ et le MSSS, par le biais des médias (relations de presse et publicité).

4.3 Communications aux partenaires multisectoriels

Des liens devront être établis avec les différents partenaires impliqués dans le cadre des mesures d'urgence (Sécurité civile, Sûreté du Québec, etc.) afin de les informer de la situation et de la collaboration attendue de leur part. De plus, la situation dans les aéroports et dans les ports de mer de juridiction fédérale devra être documentée.

5. LE SIGNALEMENT DES CAS

Les médecins traitants signalent chaque cas suspect ou probable de SRAS à investiguer à la DSPPÉ le plus rapidement possible (418-723-7851 ou 418-868-1000). Les médecins se réfèrent à la définition de cas en vigueur fournie par la DSPPÉ pour l'évaluation et la gestion des cas (outil #1, annexe A). Un questionnaire d'enquête à l'usage du médecin traitant est fourni pour initier l'investigation (outil #2, annexe A). Les coordonnées du cas, les facteurs de risque et les conditions entourant l'exposition doivent être documentés et notifiés. Le déclarant utilise la procédure de déclaration MADO pour notifier les cas (outil #3, annexe A). Chaque formulaire de signalement doit être rempli et signé par le médecin traitant puis transmis par télécopieur à la DSPPÉ (418-724-8183 ou 418-868-1033). Les laboratoires utilisent un bordereau plus spécifique (outil #4, annexe A). Un questionnaire épidémiologique détaillé est rempli par la DSPPÉ et transmis au MSSS.

6. L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE QUARANTAIRE

6.1 Validation des cas

À la suite du signalement d'un cas, la DSPPÉ vérifie s'il y a eu un contact étroit avec un cas suspect ou probable de SRAS ou si le lieu d'exposition est à risque. Il s'agit de valider la nature du cas en vue de compléter l'enquête épidémiologique. Cette validation est effectuée avec la collaboration de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS. L'outil #13 de l'annexe A permet de guider la gestion des cas de SRAS, de leurs contacts et des personnes à risque de retour d'une zone de résurgence.

6.2 Liste des contacts en milieu de soins

Lorsqu'un cas est investigué, l'établissement de soins établit la liste des gens ayant eu un contact étroit² avec le cas de SRAS et la transmet rapidement à la DSPPÉ

² Contact étroit en milieu de soins : personne ayant donné des soins sans protection appropriée, ayant eu un contact de moins de 1 mètre ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides biologiques d'un cas de SRAS.

(outil #7A-B, annexe A). Les responsables en prévention des infections des établissements de santé (CH, CLSC, CHSLD) sont désignés pour produire cette liste. Dans les cabinets privés et les cliniques médicales, le médecin traitant est mandaté. Les informations partagées sont traitées de façon confidentielle.

La liste des contacts regroupe le personnel de l'établissement, les professionnels de la santé, les techniciens ambulanciers, les visiteurs et les autres patients ayant eu un contact probable avec un cas de SRAS en milieu de soins. Cette liste doit préciser le nom, le prénom, l'adresse, le numéro de téléphone au travail et à la maison, la date, la durée et la nature du contact entretenu avec le cas de SRAS dans ce milieu de soins (outil #7A, annexe A).

6.3 Enquête épidémiologique

La DSPPE remplit un questionnaire d'enquête pour chaque cas investigué. Elle effectue les enquêtes épidémiologiques des contacts étroits de cas signalés à l'aide d'une grille de suivi. Les établissements ont la responsabilité de suivre leurs employés qui ont été en contact avec les cas dans le cadre de leur fonction. Tous les autres suivis de contacts sont de la responsabilité de la DSPPE à moins d'entente spéciale.

6.4 Mise en place des mesures d'isolement et Loi sur la quarantaine

Le médecin traitant et la DSPPE déterminent la nécessité de mettre en place des mesures d'isolement (personnes malades contagieuses) ou de quarantaine (personnes exposées à un cas contagieux). Les personnes mises en isolement recevront des directives précises de leur médecin traitant, conformément aux recommandations de la DSPPE, afin d'éviter toute contagion ou contamination de la population. Les personnes en contact avec un cas de SRAS sont informées des risques à la santé découlant de leur exposition. La fiche d'information SRAS (outil #5, annexe A) est remise aux contacts. Le médecin et la DSPPE déterminent le moment de la levée de ces mesures.

Si une personne a été en contact avec un cas de SRAS ou qu'elle présente les critères de définition d'un SRAS et qu'elle refuse de se mettre en isolement volontaire, des procédures légales pourront être prises par le directeur de la santé publique pour :

- donner un ordre d'isolement pour une période maximale de 72 heures afin de localiser et d'appréhender une personne qui refuse l'isolement;
- obtenir une ordonnance de la cour afin de prolonger la période d'isolement au-delà de 72 heures, si la personne refuse de se conformer à un ordre du directeur de la santé publique.

Des trousse de quarantaine et d'isolement pour les personnes à domicile seront disponibles dans les urgences des centres hospitaliers, les CLSC et la DSPPE. Ces trousse comprennent du matériel de protection individuelle (masques chirurgicaux, gants), un thermomètre pour les cas d'autosurveillance et un document d'information (outil #5, annexe A). Le médecin traitant s'assure que son patient comprend la situation et utilise adéquatement le matériel. Les trousse sont défrayées par la DSPPE.

6.5 Intervention auprès des cas suspects de SRAS en isolement volontaire

Des personnes répondant aux critères de définition de cas de SRAS (suspect, probable ou confirmé) peuvent retourner à la maison si leur état de santé le permet après entente entre le médecin traitant et la DSPPE. Ces personnes doivent être informées adéquatement par le médecin traitant sur les mesures de protection à suivre à domicile. Une trousse de quarantaine et d'isolement sera remise aux personnes. Ces trousse comprennent du matériel de protection individuelle (masques chirurgicaux, gants), un thermomètre pour les cas d'autosurveillance et un document d'information (outil #5, annexe A). Le médecin traitant s'assure que son patient comprend la situation et utilise adéquatement le matériel. Ce matériel est fourni par le médecin traitant et payé par la DSPPE.

6.6 Intervention auprès des contacts en autosurveillance

Dans certaines circonstances exceptionnelles, la DSPPE, en collaboration avec le CLSC, fera le suivi auprès des contacts asymptomatiques qui ne sont pas en quarantaine mais plutôt sous autosurveillance pour une période de 10 jours. La DSPPE rendra disponibles les

informations et les recommandations écrites pour ces individus qui sont en général des voyageurs de retour d'un pays touché par le SRAS, mais sans histoire de contact étroit avec un cas.

7.0 LES MODALITÉS DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION

Chaque milieu de soins doit définir à l'avance les mesures globales de prévention des infections et en particulier du SRAS. Les CH sont les établissements de santé privilégiés pour recevoir et pour traiter les cas. Dans le contexte d'une possible résurgence mondiale du SRAS, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec recommande que les milieux de soins concernés soient en mesure d'instaurer sans délai un triage rapide ou un prétriage de leur clientèle se présentant avec de la fièvre et de la toux, afin de préserver le système de soins et la population des conséquences d'une éclosion de SRAS (annexe B). En contexte d'éclosion appréhendée ou en cours d'éclosion, cette approche peut aussi contribuer à limiter la transmission du virus influenza ou d'autres conditions respiratoires transmissibles (ex. : autres agents pathogènes respiratoires) en milieu de soins. En contexte épidémique, le triage rapide peut aussi être envisagé pour les patients présentant une gastro-entérite parce qu'il réduira le risque de transmissions nosocomiales ou d'éclosions tout particulièrement en établissement (voir à l'annexe B, les précautions selon le tableau clinique du tableau 1 et l'algorithme décisionnel 2).

Des mesures préventives usuelles relatives à l'hygiène et aux pratiques de base (ex. : lavage des mains, usage de rince mains antiseptique, entretien soigné et régulier de l'environnement) ainsi que des précautions additionnelles selon le tableau clinique et la situation épidémiologique (notamment en présence de fièvre et toux) doivent être appliquées dans chaque milieu de soins (soins actifs, soins prolongés, soins ambulatoires et soins à domicile).

Le personnel doit connaître les mesures de prévention et de contrôle des infections, leurs modalités d'application et disposer du matériel de protection nécessaire. Les personnes de l'organisation visées par l'application de ces mesures doivent, entre autres, recevoir une formation adéquate en protection respiratoire, incluant des notions précises sur l'importance de l'ajustement du masque N95 ou l'équivalent (outil #11B, annexe A). Les services de santé au travail régionaux et l'Association pour la santé et la sécurité du travail – secteur des affaires

sociales (ASSTSAS) – supportent les établissements de santé et les entreprises ambulancières dans leurs mandats, notamment pour la protection des travailleurs.

Les patients et les visiteurs doivent être informés des mesures préventives à suivre en cas de symptômes suggérant le SRAS (outil #12A-B-C, annexe A). L'application des mesures concernant l'étiquette respiratoire est suggérée pour tout patient ayant de la fièvre et de la toux en milieu de soins (encadré 3, page 12, annexe B). Ainsi, on y rend disponible le matériel nécessaire à l'hygiène des mains et encourage tout patient ayant de la fièvre et de la toux à se laver les mains. On leur fournit un masque chirurgical et des papiers-mouchoirs qu'ils utiliseront adéquatement. Des instructions sont données. On désigne, si possible, un endroit dans la salle d'attente où les patients ayant de la fièvre et de la toux peuvent être regroupés et les placer à au moins un mètre des autres patients.

Afin de limiter l'exposition des patients et des travailleurs des établissements, le service Info-Santé CLSC et le CCS procèdent à l'évaluation en entrevue téléphonique de la présence de critères suggérant la possibilité de SRAS (outil #9, annexe A). L'infirmière d'Info-Santé effectue un prétriage pour éviter la propagation de la maladie en milieu de soins. Elle oriente la personne vers l'urgence avec des recommandations spécifiques pour limiter les risques de transmission. Le triage de l'urgence de l'établissement de référence est contacté afin de prendre entente pour une prise en charge adéquate du patient.

Le CCS intervient aussi pour limiter l'exposition des patients et des travailleurs des établissements alors que l'entrevue téléphonique permet d'évaluer l'état du patient en vue d'appliquer des mesures spéciales de prévention (outil #10A, annexe A). Des procédures préhospitalières de prise en charge des patients suspects de présenter un syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), pour les premiers répondants et les techniciens ambulanciers (outils #10B-C, annexe A), sont appliquées selon l'évaluation de la situation. Un organigramme de conduite pour les techniciens ambulanciers à l'arrivée sur les lieux d'un cas potentiel de SRAS est fourni (outil #10D, annexe A).

7.1 Prévention de la transmission en centre hospitalier (CH)

Les centres hospitaliers donnent les soins appropriés aux personnes souffrant de SRAS tout en évitant la contagion dans le milieu auprès du personnel, des professionnels de la santé, des patients et des visiteurs. Le MSSS (19 novembre 2003) fournit une synthèse des recommandations sur les mesures de prévention individuelles dans le contexte de présence ou de suspicion du SRAS sous forme de tableaux pour différentes situations de travail : prétriage des patients, soins et services aux patients, procédures à risque de générer des aérosols lors de soins aux patients, nettoyage et désinfection des chambres, travail en laboratoire, manipulation et transport des dépouilles humaines ainsi que les autopsies (outil #11A, tableaux 1-7, annexe A). Le CH doit définir et mettre en place des mesures en vue de prévenir la transmission en milieu de soins, c'est-à-dire :

- appliquer les modalités de triage des outils #6A-B-C-D de l'annexe A;
- mettre en place des mesures de prévention des infections à l'urgence, dans les cliniques externes qui ont des mesures d'investigation (prise de sang, etc.), dans les unités de soins pour les clients hospitalisés (chambre d'isolement à pression négative, etc.), pour le personnel de la radiologie et du laboratoire;
- convenir des modalités de transfert interétablissement et aviser les ressources impliquées (les ambulanciers, le centre qui recevra le patient) en cas de complication ou de débordement et après entente avec les parties intéressées;
- organiser des mesures de protection pour les visiteurs;
- définir des mesures pour le suivi du personnel et des professionnels ayant été en contact avec un cas de SRAS.

7.1.1 Prévention de la transmission à l'urgence des CH et certaines cliniques externes

- Mettre des affiches pour que les personnes avec des facteurs de risque de SRAS informent le personnel dès leur arrivée. La mise en place d'un triage universel plus étendu qui viserait l'ensemble des maladies respiratoires fébriles est proposée.
- Appliquer les mesures de protection des infections appropriées en cas d'arrivée d'un cas suspect ou probable de SRAS par ambulance, qu'il soit en provenance de la communauté ou d'un établissement de santé.

- S'assurer que l'infirmière au triage demande à la personne qui se présente à l'urgence pour de la fièvre, des symptômes généraux ou de la toux, si elle a récemment voyagé dans les régions à risque ou si elle a été en contact avec un cas de SRAS.
- Isoler immédiatement dans une pièce à part et remettre un masque chirurgical à la personne qui présente des facteurs de risque de SRAS.
- Placer rapidement tout cas suspect dans une chambre à pression négative.
- S'assurer que toute personne qui prodigue des soins ou évalue un cas de SRAS soit correctement protégée par l'utilisation adéquate du matériel de protection individuelle.
- Aviser la personne responsable de la prévention des infections de l'établissement et toutes autres personnes selon les directives locales.
- Procéder en priorité à l'évaluation médicale du patient.
- Contacter la DSPPÉ afin de valider ou de signaler la possibilité d'un SRAS.
- Compléter la liste des contacts (soignants et autres) dans l'établissement à l'aide du formulaire fourni par la DSPPÉ. L'infirmière en prévention des infections est la personne contact auprès de la DSPPÉ. Elle doit s'assurer des modalités permettant la réalisation de cette liste dans son milieu (outils #7A-B, annexe A).

7.1.2 Prévention de la transmission lors de l'isolement d'un cas en milieu hospitalier

- Établir des mesures de protection contre la contagion.
- Suivre l'état de santé de tout patient hospitalisé en isolement.
- Traiter les symptômes et les complications du patient.
- Prévoir la fin des mesures d'isolement au CH avec la collaboration de la DSPPÉ.

7.2 Prévention de la transmission pour les établissements de soins externes (cliniques médicales, cabinets privés, CLSC, Unité de médecine familiale)

- Faire connaître au personnel des établissements de soins externes les mesures préventives à mettre en place pour prévenir la transmission dans le lieu de consultation.
- Mettre en place les mesures de prévention de la transmission de l'infection aussitôt qu'il y a suspicion d'un cas de SRAS.

- Instaurer un système de triage et de référence sécuritaire des cas suspects en clinique médicale (outil #8, annexe A). Un prédépistage peut être effectué par le personnel de la réception. Si un patient se présente avec fièvre et toux, la personne à la réception vérifie si celui-ci a récemment voyagé dans une région à risque ou a été en contact avec un cas de SRAS. Si oui, le patient se lave les mains, porte un masque chirurgical et s'installe dans un endroit qui limite le plus possible les risques de transmission.
- Évaluer en priorité la personne qui a été mise en isolement par le personnel de la réception en utilisant des moyens adéquats de protection individuelle.
- Suivre les recommandations en présence d'un cas suspect ou probable de SRAS :
 - aviser la DSPPE dans tous les cas;
 - référer, après entente avec la DSPPE, la personne à l'urgence du CH pour l'investigation;
 - aviser le personnel de l'urgence de la référence d'un cas possible de SRAS;
 - aviser le centre des communications de santé et le personnel ambulancier s'il y a transport en ambulance;
 - retourner à la maison les cas sous investigation si leur état de santé le permet. Avant leur départ de la clinique médicale, ces personnes doivent cependant être mises en contact avec le professionnel de garde de la DSPPE pour l'informer des mesures de protection requises;
 - dresser rapidement la liste de toutes les personnes ayant été en contact étroit³ avec la personne possiblement atteinte d'un SRAS (soignants, personnel et autres).
 - transmettre immédiatement la liste à la DSPPE par télécopieur. Cette liste permettra à la DSPPE de procéder à l'enquête si le cas est validé comme un cas suspect ou probable de SRAS (responsabilité du médecin en cabinet privé et de l'infirmière aux enquêtes en CLSC).

³ Contact étroit en milieu de soins : personne ayant donné des soins sans protection appropriée, ayant eu un contact de moins de 1 mètre ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides biologiques d'un cas de SRAS.

7.3 Prévention de la transmission dans les services préhospitaliers

- Suivre les recommandations en présence d'un cas suspect ou probable de SRAS.
- Appliquer les protocoles de triage selon la situation épidémiologique (outils #10A-B-C-D, annexe A).

7.4 Prévention de la transmission concernant les CLSC pour le suivi des cas en isolement à domicile

Le CLSC est avisé par la DSPPE de l'identité et des coordonnées de chaque personne en isolement ou en quarantaine à domicile. La DSPPE fournit l'information et les outils aux intervenants des CLSC qui apporteront du soutien aux personnes en isolement à domicile. Les responsabilités suivantes incombent aux intervenants des CLSC.

- Évaluer les besoins des personnes isolées ou en quarantaine en services psychosociaux.
- S'assurer que les personnes isolées ou en quarantaine reçoivent le matériel de protection et l'information nécessaire.
- S'assurer de la disponibilité du matériel de protection individuelle et de la connaissance des mesures de prévention de la transmission pour tous les intervenants de son établissement ou d'autres établissements qui pourront éventuellement être en contact avec des personnes en isolement à domicile.
- Identifier une personne (proche) pour le soutien à domicile (ex. : épicerie, etc.) et la former adéquatement pour éviter la contagion.
- Fournir, au besoin, un support psychosocial dans le respect des mesures de protection.
- Effectuer un suivi quotidien par téléphone auprès des personnes isolées ou en quarantaine afin de vérifier leur état de santé et leurs besoins en général (outil #13, annexe A).

8.0 LES SCÉNARIOS OPÉRATIONNELS SELON LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

L'organisation des services de soins de courte durée en CH est priorisée afin de garantir, le plus rapidement possible, le traitement des cas dans un contexte sécuritaire pour les patients et le personnel. Le traitement des cas est prévu dans les CH. L'organisation des services devra s'ajuster sur une base régionale en fonction du nombre et de la sévérité des cas. Trois niveaux d'organisation sont présentés. Les niveaux un et deux doivent être opérationnels en phase de préalerte, soit à court terme.

8.1 Premier niveau : mise à niveau des centres hospitaliers

Au premier niveau, chaque centre hospitalier de la région est capable de recevoir, d'évaluer et de traiter un cas suspect, probable ou confirmé de SRAS, et ce, en fonction de sa capacité de donner les soins nécessaires aux besoins du patient.

Pour réaliser le premier niveau, un groupe d'experts mis sur pied par le directeur national de la santé publique du Québec recommande la présence minimale d'une chambre à pression négative dans toutes les salles d'urgence des centres hospitaliers de courte durée au Québec. Sans définir les normes de fonctionnement des chambres à pression négative, le groupe d'experts indique que des travaux techniques doivent être complétés pour encadrer la mise en place adéquate de nouvelles chambres à pression négative, évaluer le fonctionnement des chambres existantes et planifier l'entretien et l'évaluation régulière de ce type d'équipement. Le document *Chambres d'isolement respiratoire et d'isolement protecteur* produit par la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) pourrait être utile dans la mise en œuvre de ces travaux (disponible sur le site Internet [http:// www.chq.gouv.qc.ca](http://www.chq.gouv.qc.ca)). C'est la responsabilité de l'établissement de s'assurer de l'efficacité de ces installations et du respect des normes du fabricant.

Pour assurer la mise à niveau des services de prévention des infections, le groupe d'experts a aussi mis en évidence le besoin de ressources en prévention et en contrôle des infections dans les CH. À cet effet, une norme canadienne d'un équivalent temps complet (ETC) pour

133 lits de courte durée⁴ existe et mérite d'être appliquée dans les établissements. Il conviendrait même que les services de prévention des infections puissent miser sur un ETC pour 115 lits de courte durée et d'un ETC pour 250 lits de longue durée, pour soutenir à long terme les mesures développées dans le cadre de la mise en œuvre du Plan. Ces ressources doivent avoir une formation adéquate, être appuyées par leur direction générale et bénéficier de conditions stables d'emploi. Elles ne doivent pas être affectées à d'autres tâches souvent perçues comme étant plus urgentes par des gestionnaires.

8.2 Deuxième niveau : mise en place de centres désignés

En présence d'un cas nécessitant des traitements spécialisés ou en présence d'un nombre de cas dépassant la capacité d'un centre hospitalier, il serait justifié de déplacer le ou les cas vers un ou deux centres désignés pour le SRAS. Un centre désigné pour le SRAS doit permettre le traitement de maladies infectieuses avec une expertise professionnelle appropriée dans la prise en charge des cas potentiellement contagieux.

L'Agence de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent et les directions des services professionnels des centres hospitaliers se concerteront pour désigner un ou deux centres pour le traitement du SRAS dans la région. Selon l'avis d'un groupe d'experts (MSSS, 12 juin 2003), les ressources médicales requises d'un centre désigné pour le traitement des patients affectés par le SRAS sont les suivantes :

- des pneumologues ou des internistes;
- des intensivistes ou des anesthésistes;
- des microbiologistes-infectiologues;
- des services de physiothérapie respiratoire et d'inhalothérapie.

Le Centre hospitalier régional de Rimouski et le Centre hospitalier de Rivière-du-Loup disposent chacun des ressources médicales nécessaires pour devenir les centres désignés de la région. L'accès à des services d'hématologie et de néphrologie, si les patients devaient avoir recours à la dialyse, peut être utile, mais ces services ne sont pas essentiels pour la désignation des centres.

⁴ Development of a resource model for infection prevention and control programs in acute, long term, and home care settings : Conference Proceeding of the Infection Prevention Control Alliance. Health Canada, Division of Occupational and Nosocomial Infections. Can J Inf Control, 2001, pp 35-39.

Le groupe d'experts mis sur pied par le directeur national de la santé publique du Québec recommande aussi que les centres désignés pour le SRAS aient accès à au moins une chambre pression négative à la salle d'urgence, aux soins intensifs et aux étages. L'unité doit aussi disposer de services médicaux et de services techniques pour traiter des complications ainsi que du matériel nécessaire au fonctionnement des centres. Les appareils à épuration d'air motorisés (PAPR) permettent une protection accrue du personnel affecté à des procédures médicales à risque de contamination générant des aérosols (outil 11#C, annexe A). Il convient de prévoir l'affectation d'une unité de soins advenant la présence de nombreux cas. Un plan de contingence est à développer. L'utilisation d'un transporteur (ambulance) adapté et désigné pour le SRAS doit être envisagée.

8.3 Troisième niveau : mise en place d'un centre régional d'évaluation et de traitement

Dans l'éventualité où le ou les centres désignés atteignent leur capacité maximale de service, le regroupement de ces cas devient nécessaire. Cela permettrait de ne pas paralyser les services de soins courants et de faciliter les soins et les services aux cas de SRAS.

Dans les cas où il y a menace à la santé de la population, les autorités de la santé publique peuvent s'en remettre à un plan de mobilisation des ressources pour contrôler ou pour enrayer le risque identifié.

Annexe A

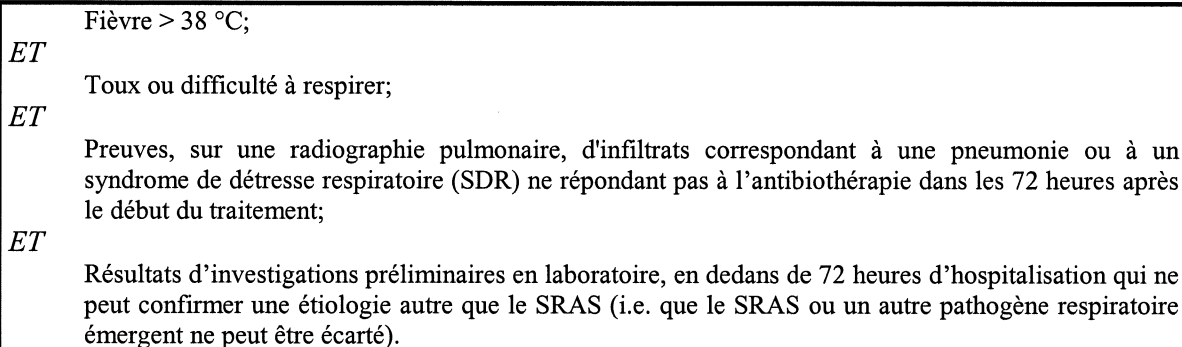
OUTIL #1 - ANNEXE A

Algorithme

Évaluation et gestion des cas de MRS par le clinicien (en l'absence de cas de SRAS dans le monde)

Une personne décédée, avec des résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du syndrome de détresse respiratoire sans cause connue OU

Une personne hospitalisée avec :



Oui

Précautions de base, étiquette respiratoire et précautions additionnelles contre la transmission aérienne, par contacts et par

Si non, traiter selon la symptomatologie

Le clinicien documentera les expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes :

- résidence, voyage récent ou visite dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence (la Chine, incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong);
- contacts étroits (incluant le fait d'avoir donné des soins sans protection respiratoire appropriée) avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie ET qui a une histoire de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence, et aucune autre cause identifiée;
- un travail en laboratoire avec le virus SRAS-CoV;
- membre du personnel hospitalier (soignant ou non).

Oui

- Signaler ce cas à la Direction de santé publique de votre territoire
- Investigation de laboratoire pour la recherche du SRAS ou d'autres causes de pneumonie atypique

Si non, traiter selon la symptomatologie

OUTIL #2 - ANNEXE A

- QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE À L'USAGE DU MÉDECIN TRAITANT – POUR MRS POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS

(en l'absence de cas de SRAS identifié)

IDENTIFICATION DU CAS

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance (aa-mm-jj) : _____ Âge : _____ Sexe : ☐ H ☐ F
 Père/mère/tuteur : _____ Date début symptômes (aa-mm-jj) : _____

CARACTÉRISTIQUES D'UN CAS DE MALADIE RESPIRATOIRE SÉVÈRE (MRS) POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS

	OUI	NON	INC	Si oui, date début (aa-mm-jj)
1. Personne hospitalisée	☐	☐	☐	___/___/___
2. Fièvre >38 °C (T° maximum notée _____)	☐	☐	☐	___/___/___
3. Toux ou difficulté à respirer	☐	☐	☐	___/___/___
4. Détresse respiratoire (DR) ou pneumonie (P) ne répondant pas à une antibiothérapie en dedans de 72 heures	☐	☐	☐	___/___/___
5. Rayon X pulmonaire avec évidences infiltrats constants avec DR ou P	☐	☐	☐	___/___/___
6. Résultats d'investigation clinique et/ou de laboratoire en dedans de 72 heures qui ne peut confirmer une étiologie autre que le SRAS	☐	☐	☐	___/___/___
Ou si décès				
7. Résultats d'autopsie indiquant pathologie de syndrome de DR sans cause connue	☐	☐	☐	___/___/___

EXPOSITIONS À RISQUE

1. Résidence, voyage récent ou visite en Chine incluant Taiwan, Hong Kong (*considérées zones potentielles d'émergence/réémergence du SRAS*) dans les 10 jours ayant précédé le début des symptômes ?
- ☐ NON
- ☐ OUI (*identifiez la ou les zones où la personne a voyagé*)
- 1 ☐ Chine
- 2 ☐ Taiwan (province)
- 3 ☐ Hong Kong (région administrative spéciale)
- 4 ☐ Autre (*précisez*) _____
- Date et durée de l'exposition : _____

2. Contact étroit*, dans les 10 jours ayant précédé le début des symptômes, avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie ET qui a une histoire de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence et aucune autre cause identifiée?

☐ NON

☐ OUI (précisez la date et la durée d'exposition) : _____

Cette personne symptomatique avec qui le cas de MRS a été en contact étroit, a-t-elle

- consulté un médecin? ☐ Oui ☐ Non

- eu une radiographie pulmonaire? ☐ Oui ☐ Non

- eu un diagnostic? _____

- reçu un traitement? _____

Précision sur le voyage : lieu, durée voyage, date, etc. : _____

* Définition de contact étroit : Personne ayant donné des soins (sans protection appropriée), ayant vécu sous le même toit, ayant eu un contact face à face (< 1 mètre) ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides organiques d'une personne affectée d'une maladie.

3. Travail en laboratoire avec le virus SRAS-CoV?

☐ NON

☐ OUI (précisez) : _____

Fonction : _____

Lieu de travail : _____

Date et durée de l'exposition : _____

4. Membre du personnel hospitalier (soignant ou non)?

☐ NON

☐ OUI (précisez) : _____

Fonction : _____

Lieu de travail : _____

Date et durée de l'exposition : _____

Si le cas répond à la définition de cas de MRS
potentiellement associée au SRAS
mettre en place les mesures de santé publique appropriées
et
aviser la Santé publique (médecin de garde : 418-723-7851 OU 418-868-1000)

NOM de la personne ayant réalisé l'enquête : _____

NOM de la personne contact : _____

N° de téléphone : _____ Date de l'enquête : _____

OUTIL #3 – ANNEXE A



À L'USAGE DU MÉDECIN

DÉCLARATION D'UNE MALADIE/INFECTION/INTOXICATION À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Voir la liste au verso

Nom et prénom du patient			
N° d'assurance maladie		Date de naissance Année Mois Jour	
Adresse (N°, rue)			
Ville			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe M ☐ F ☐

Occupation du patient

Identification de la MADO			
Nom de la MADO		Date du début de la MADO Année Mois Jour	
Prélèvement soumis au laboratoire : ☐ Non ☐ Oui		Si oui :	
Date Année Mois Jour	Nom du laboratoire	Date Année Mois Jour	Nom du laboratoire

Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus Voir la NOTE au verso			
Ce patient a-t-il donné du sang?	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus?	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus?	☐ Oui	☐ Non	☐ ne sais pas

Pour une déclaration d'un cas de syphilis			
☐ Primaire	☐ Latente (moins de 1 an)	☐ Tertiaire	☐ Autres formes (préciser)
☐ Secondaire	☐ Latente (plus de 1 an)	☐ Congénitale	

Nom du médecin (en lettres moulées)	N° de permis	Ind. rég.	Ind. rég.
		Numéros de téléphone	

Année Mois Jour	Date	Signature du déclarant	M.D.
-----------------	------	------------------------	------

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre la direction de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : www.mss.gouv.qc.ca

**À DÉCLARER D'URGENCE PAR TÉLÉPHONE OU PAR TÉLÉCOPIEUR SIMULTANÉMENT
AU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE VOTRE TERRITOIRE ET À CONFIRMER DANS LES 48 HEURES À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE :**

- | | | |
|----------------|--|--------------------------------|
| • Botulisme | • Fièvres hémorragiques virales *
(ex. : fièvre Ébola, fièvre de Marburg,
fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa) | • Maladie du charbon (Anthrax) |
| • Choléra | | • Peste |
| • Fièvre jaune | | • Variole |

**À DÉCLARER À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE VOTRE TERRITOIRE DANS LES 48 HEURES :**

- | | | |
|--|---|---|
| • Amiantose | • Babésiose * | • Infection par le VIH seulement si la
personne infectée a donné ou reçu
du sang, des produits sanguins, des
organes ou des tissus * |
| • Angiosarcome du foie | • Béryllose | • Infection par le virus du Nil occidental * |
| • Asthme dont l'origine professionnelle a
été confirmée par un Comité spécial des
maladies professionnelles pulmonaires | • Brucellose * | • Légionellose |
| • Atteinte broncho-pulmonaire aiguë
d'origine chimique
(bronchiolite, pneumonite, alvéolite,
bronchite, syndrome d'irritation
bronchique ou œdème pulmonaire) | • Byssinose | • Lèpre |
| • Atteinte des systèmes cardiaque,
gastro-intestinal, hématopoïétique,
rénal, pulmonaire ou neurologique
lorsque le médecin a des motifs
sérieux de croire que cette atteinte est
consécutive à une exposition chimique
d'origine environnementale ou
professionnelle par les : | • Cancer du poumon lié à l'amiante
dont l'origine professionnelle a été
confirmée par un Comité spécial
des maladies professionnelles
pulmonaires | • Lymphogranulomatose vénérienne |
| – Alcools (ex. : alcool isopropylique,
alcool méthylique) | • Chancre mou | • Maladie de Chagas * |
| – Aldéhydes (ex. : formaldéhyde) | • Coqueluche | • Maladie de Creutzfeldt-Jakob
et ses variantes * |
| – Cétones
(ex. : acétone, méthyle éthyle cétone) | • Diphtérie | • Maladie de Lyme * |
| – Champignons
(ex. : amanites, clitocybes) | • Éclosion à entérocoques résistants
à la vancomycine | • Mésothéliome |
| – Corrosifs (ex. : acide fluorhydrique,
hydroxyde de sodium) | • Éclosion au <i>Staphylococcus aureus</i>
résistant à la méthicilline | • Oreillons |
| – Esters
(ex. : esters d'acides gras éthoxylés) | • Encéphalite virale transmise par
arthropodes * (ex. : VNO, dengue) | • Paralysie flasque aiguë |
| – Gaz et asphyxiants
(ex. : monoxyde de carbone,
hydrogène sulfuré, acétylène) | • Fièvre Q * | • Poliomyélite |
| – Glycols (ex. : éthylène glycol) | • Fièvre typhoïde ou paratyphoïde | • Psittacose |
| – Hydrocarbures et autres composés
organiques volatils (ex. : aliphatique,
aromatique, halogéné, polycyclique) | • Gastro-entérite épidémique
d'origine indéterminée | • Rage * |
| – Métaux et métalloïdes
(ex. : plomb, mercure) | • Granulome inguinal | • Rougeole |
| – Pesticides
(ex. : insecticides organophosphorés
et carbamates) | • Hépatites virales *
(ex. : VHA, VHB, VHC) | • Rubéole |
| – Plantes
(ex. : datura, stramoine, digitale) | • Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> | • Rubéole congénitale |
| | • Infection à Hantavirus | • Sida : seulement si la personne atteinte
a donné ou reçu du sang, des produits
sanguins, des organes ou des tissus * |
| | • Infection à Plasmodium (malaria) * | • Silicose |
| | • Infection gonococcique | • Syndrome respiratoire aigu sévère
(SRAS) |
| | • Infection invasive à <i>Escherichia coli</i> | • Syphilis * |
| | • Infection invasive à <i>Haemophilus
influenzæ</i> | • Tétanos |
| | • Infection invasive à méningocoques | • Toxi-infection alimentaire et hydrique |
| | • Infection invasive à streptocoques
du Groupe A | • Trichinose |
| | • Infection invasive à <i>Streptococcus
pneumoniæ</i> (pneumocoque) | • Tuberculose * |
| | | • Tularémie |
| | | • Typhus |

NOTE : Pour les MADO identifiées par un astérisque (*), le médecin doit fournir les informations sur les don(s)
et réception(s) de sang, produits sanguins, tissus ou organes.

Selon l'article 93 de la Loi sur la santé publique, le médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population
(autre que les MADO) doit en aviser le directeur de santé publique de son territoire.

OUTIL #4 – ANNEXE A

À L'USAGE DU LABORATOIRE

DÉCLARATION D'UNE MALADIE/INFECTION/INTOXICATION À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Voir la liste au verso

Nom et prénom du patient			
N° d'assurance maladie		Date de naissance Année Mois Jour	
Adresse (N°, rue)			
Ville			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe M ☐ F ☐

Identification de la MADO			
Nom de la MADO			
Site(s) du prélèvement			
Type de prélèvement	Date du prélèvement Année Mois Jour		

Analyse(s) effectuée(s)	Résultat(s) de laboratoire

Nom du demandeur	
Professionnel qui demande le test	N° de permis

Nom du laboratoire ou département (en lettres moulées)		
Nom de la personne qui signe la déclaration	Ind. rég.	
Adresse (N°, rue)	N° de téléphone	Code postal
Municipalité		

Année Mois Jour

Date

Signature du déclarant

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions
peuvent être trouvés sur le site Internet : www.mss.gouv.qc.ca

**À DÉCLARER D'URGENCE PAR TÉLÉPHONE OU PAR TÉLÉCOPIEUR SIMULTANÉMENT
AU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE VOTRE TERRITOIRE ET À CONFIRMER DANS LES 48 HEURES À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE :**

- Botulisme
- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvres hémorragiques virales *
(ex. : fièvre Ébola, fièvre de Marburg,
fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lhassa)
- Maladie du charbon (Anthrax)
- Peste
- Variole

**À DÉCLARER À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE VOTRE TERRITOIRE DANS LES 48 HEURES :**

- Amibiase
- Babésiose
- Brucellose
- Chancres mou
- Coqueluche
- Cryptosporidiose
- Cyclospore
- Diphtérie
- Encéphalite virale transmise
par arthropodes (VNO, dengue)
- Fièvre Q
- Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
- Gastro-entérite à *Yersinia
enterocolitica*
- Giardiase
- Granulome inguinal
- Hépatites virales
- Infection à *Campylobacter*
- Infection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection à *Escherichia coli*
producteur de vérocytotoxine
- Infection à Hantavirus
- Infection à HTLV type I ou II
- Infection à Plasmodium
- Infection au *Staphylococcus aureus*
résistant à la vancomycine
- Infection gonococcique
- Infection invasive à *Escherichia coli*
- Infection invasive à *Haemophilus
influenzae*
- Infection invasive à méningocoques
- Infection invasive à streptocoques
du Groupe A
- Infection invasive à *Streptococcus
pneumoniae*
- Infection par le virus du Nil occidental
- Intoxication par des substances
chimiques toxiques faisant partie des
classes suivantes, lorsque les résultats
de mesures d'indicateur biologique
obtenus indiquent une valeur anormale-
ment élevée qui dépasse les seuils
reconnus en santé publique :
 - Alcools (ex. : alcool isopropylique,
alcool méthylique)
 - Cétones
(ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)
 - Esters
(ex. : esters d'acides gras éthoxylés)
 - Gaz et asphyxiants
(ex. : monoxyde de carbone,
hydrogène sulfuré, acétylène)
 - Glycols (ex. : éthylène glycol)
 - Hydrocarbures et autres composés
organiques volatiles (ex. : aliphatique,
aromatique, halogéné, polycyclique)
 - Métaux et métalloïdes
(ex. : plomb, mercure)
 - Pesticides
(ex. : insecticides organophosphorés
et carbamates)
- Légionellose
- Lèpre
- Leptospirose
- Listériose
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Maladie de Chagas
- Maladie de Lyme
- Oreillons
- Poliomyélite
- Psittacose
- Rage
- Rougeole
- Rubéole
- Salmonellose
- Shigellose
- Syndrome respiratoire aigu sévère
(SRAS)
- Syphilis
- Tétanos
- Trichinose
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus

Fiche d'information SRAS

Le directeur de la santé publique du Bas-Saint-Laurent vous met en QUARANTAINE parce que vous avez eu un contact avec un cas de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) sans être vous-même encore malade.

VOICI CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR ET METTRE EN PRATIQUE.

OBJECTIFS

1. Surveiller votre propre état de santé.
2. Éviter d'infecter une ou plusieurs personnes de votre entourage.

QU'EST-CE QUE LE SRAS?

L'acronyme SRAS désigne le syndrome respiratoire aigu sévère. Il s'agit d'une grave forme de pneumonie s'accompagnant de fièvre. Un petit nombre de sujets infectés par le SRAS peuvent devenir très malades.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES DU SRAS?

Les symptômes du SRAS apparaissent habituellement dans les dix jours suivant un contact direct avec un patient atteint de la maladie. La maladie se manifeste par de la fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F) ou l'un des symptômes suivants :

- toux sèche,
- essoufflement,
- douleurs musculaires,
- fatigue extrême,
- violents maux de tête.

COMMENT LE SRAS SE PROPAGE-T-IL?

On pense que la maladie se propage par la toux et les éternuements ou lors d'un tête-à-tête avec une personne infectée.

COMMENT SOIGNE-T-ON LE SRAS?

Les patients atteints du SRAS sont soignés à l'hôpital à l'aide d'antibiotiques et d'agents antiviraux et reçoivent des soins de soutien. Ils sont placés dans des chambres d'isolement et le personnel de l'hôpital prend les précautions d'usage.

QUI DOIT SE METTRE EN QUARANTAINE CHEZ SOI?

Seules les personnes qui ont été exposées au SRAS doivent se mettre en quarantaine chez elles pour dix jours après le dernier contact avec un cas de SRAS, *même si elles ne présentent aucun symptôme*. Dans votre cas, la période de quarantaine à domicile commence maintenant et se terminera le _____ au matin si vous ne présentez aucun symptôme.

QUE DOIT-ON FAIRE LORSQU'ON EST EN QUARANTAINE?

Prenez les précautions suivantes :

- restez à la maison. Vous ne devez pas sortir de chez vous, ni recevoir de visites.
- les membres de votre famille ou de la maisonnée n'ont pas à être mis en quarantaine à la maison sauf si le SRAS était diagnostiqué chez une personne qui vit sous le même toit.
- portez un masque lorsque vous vous trouvez dans la même pièce qu'un autre membre de la maisonnée.
- changez votre masque tel qu'indiqué. Les membres de votre famille ou de la maisonnée ne sont pas obligés de porter un masque.
- ne partagez pas d'articles personnels, tels que serviettes, tasses, vaisselle ou ustensiles.
- lavez-vous souvent les mains
- dormez seul dans votre chambre.
- manger seul aussi dans la chambre.
- le lavage de vos vêtements se fait comme d'habitude dans la laveuse de la maisonnée. Il suffit d'eau chaude et de savon comme à l'ordinaire.

PRENEZ VOTRE TEMPÉRATURE 2 FOIS PAR JOUR (THERMOMÈTRE FOURNI AU BESOIN).

- Nous suggérons le matin et le soir avant de manger ou de fumer (si vous êtes fumeur). Si vous devez prendre un médicament qui réduit la température vous devez attendre un minimum de 4 heures avant de prendre votre température.
- Le thermomètre ne doit pas être partagé.
- Vous devez inscrire le résultat sur la feuille de route de votre état de santé. Un professionnel de la santé publique vous téléphonera tous les jours pour obtenir les résultats.
- Si vous ou l'un des membres de la maisonnée a de la fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F), ou présente l'un des symptômes suivants : douleurs musculaires, fatigue extrême, toux sèche, essoufflement, violents maux de tête, ou ne se sent pas bien, vous pouvez appelez INFO-SANTÉ de votre CLSC, mais le professionnel de la santé publique vous rejoindra tous les jours.

LES MEMBRES DE LA FAMILLE DE PERSONNES EN QUARANTAINE CHEZ ELLES DOIVENT-ELLES AUSSI S'ABSTENIR D'ALLER AU TRAVAIL, À LA GARDERIE, À L'ÉCOLE OU À L'ÉGLISE?

Non. Les membres de la maisonnée ou de la famille de personnes qui sont en quarantaine chez elles n'ont pas à rester à la maison. Seule la personne en quarantaine ne peut se présenter dans ces lieux.

SI UNE PERSONNE EN QUARANTAINE CHEZ ELLE PRÉSENTE DES SYMPTÔMES DU SRAS, QU'ARRIVE-T-IL DES MEMBRES DE LA MAISONNÉE?

Toutes les personnes qui vivent sous le même toit devront désormais être aussi en quarantaine et rester à la maison.

PEUT-ON RENDRE VISITE À DES PERSONNES EN QUARANTAINE CHEZ ELLES?

Non. Si une personne est en quarantaine chez elle, elle a été prévenue de ne pas recevoir de visites.

COMMENT VIVRE AVEC CES CONTRAINTES?

EN FAMILLE,

Assurez-vous d'obtenir l'aide d'une personne de la maisonnée pour :

- faire vos courses, épicerie et achats.
- sortir le chien si vous en avez un, etc.

SI VOUS VIVEZ SEUL :

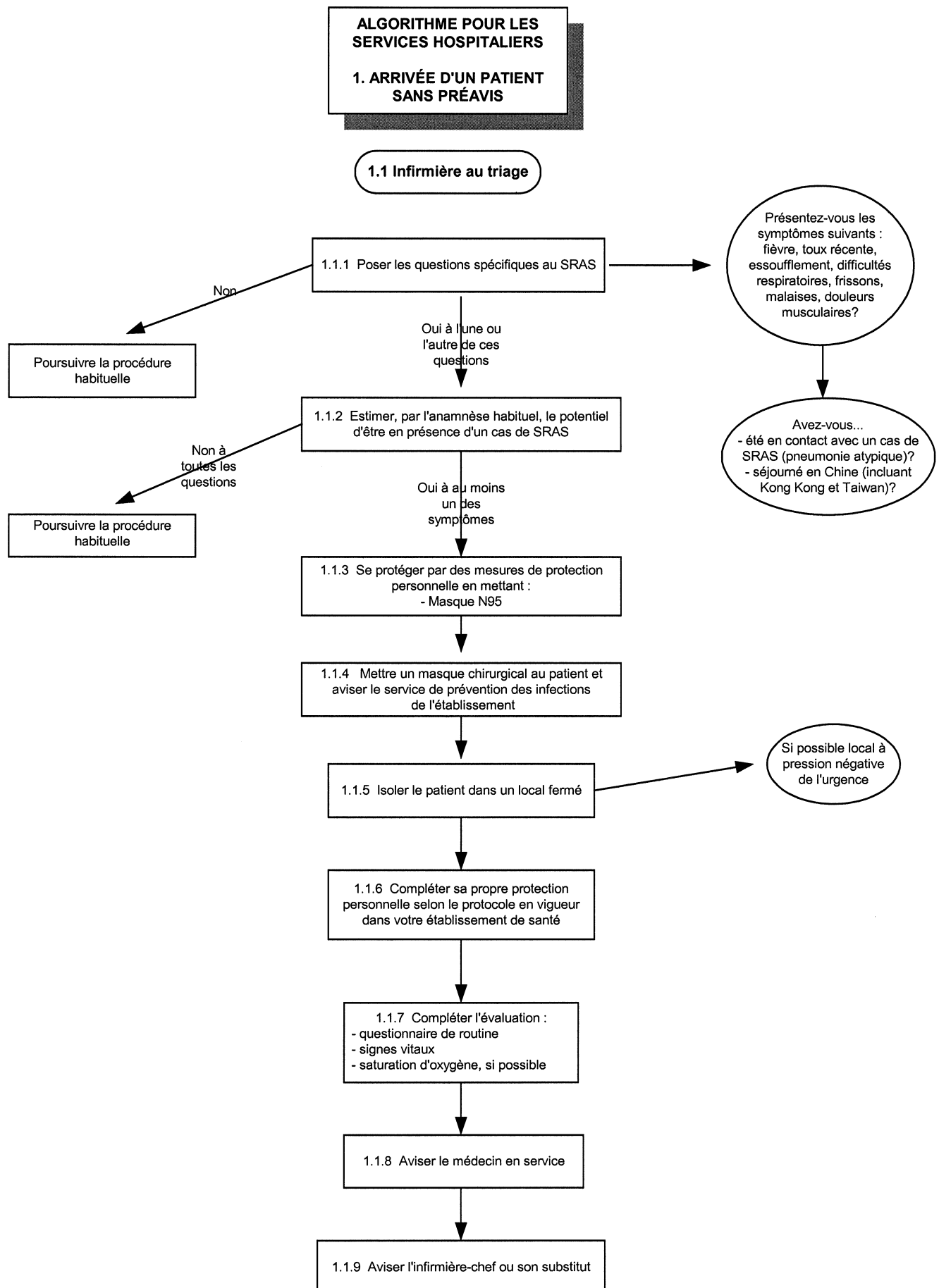
- faites votre routine de maison comme à l'habitude.
- lavez-vous les mains fréquemment.
- demandez à faire livrer tous vos achats (épicerie, pharmacie, Internet, etc.) et faites-les déposer sur le seuil de la porte. Si vous ne pouvez faire livrer vos achats, nous vous suggérons de trouver une personne de l'extérieur pour vous aider. Elle suivra les consignes de livraison et déposera les achats sur votre seuil de porte.
- évitez tout contact avec cette personne.

LE PERSONNEL DU CLSC POURRA AUSSI APPORTER DE L'AIDE EN SE PROTÉGEANT.

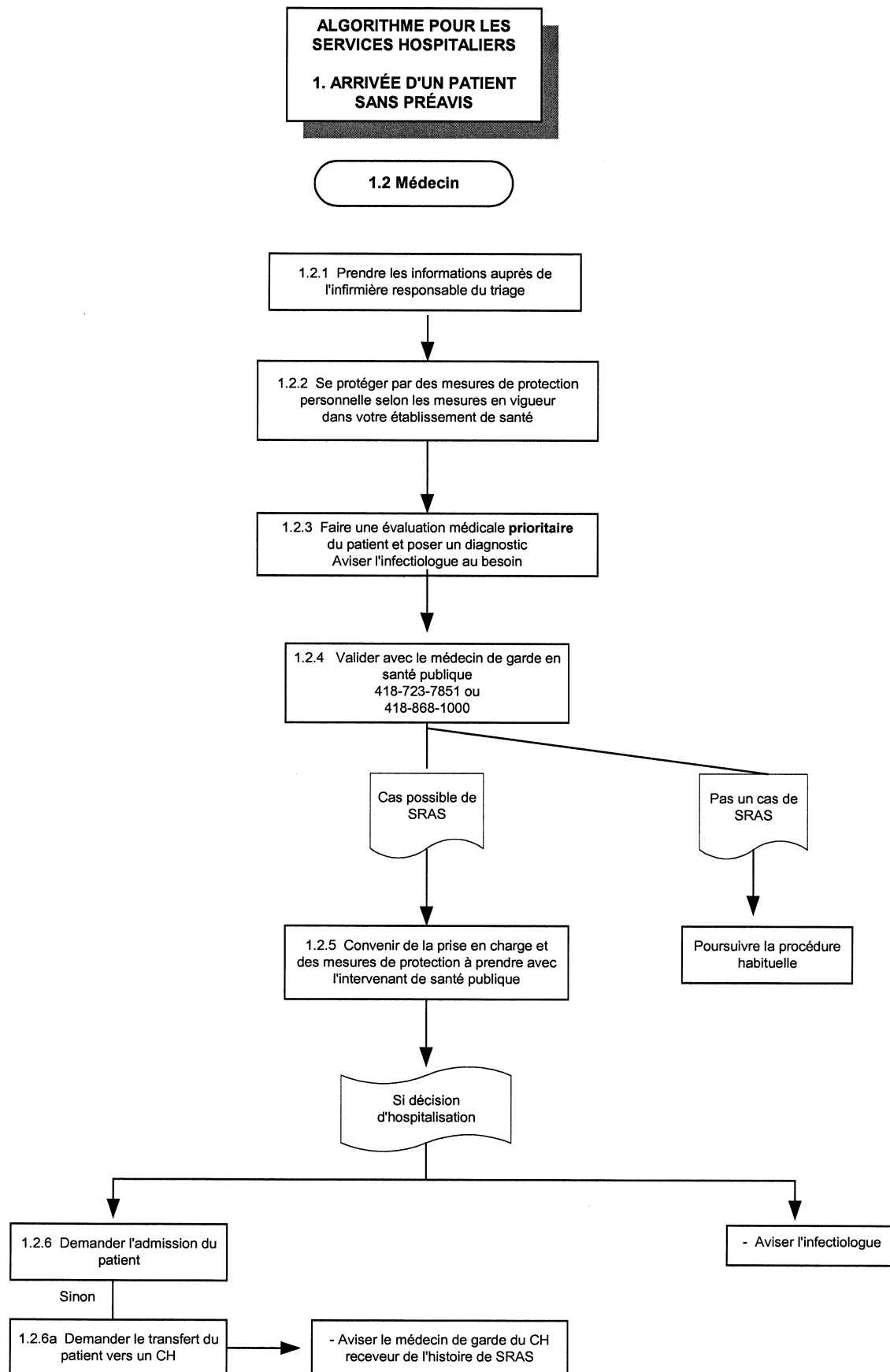
Pour de plus amples renseignements sur le SRAS, appelez la ligne INFO-SANTÉ de votre CLSC.

En présence de symptômes, appelez le professionnel de la santé publique du Bas-Saint-Laurent _____ au 418-_____ pendant les jours ouvrables. Un membre de la santé publique vous appellera à chaque jour. De plus, vous pouvez toujours appeler la ligne INFO-SANTÉ de votre CLSC.

Outil # 6A



Outil # 6B



ALGORITHME POUR LES SERVICES HOSPITALIERS

1. ARRIVÉE D'UN PATIENT SANS PRÉAVIS

1.3 Infirmière-chef ou son substitut

1.3.1 Prendre les informations auprès du médecin et aviser le Service de prévention des infections

Si possibilité de SRAS retenue et hospitalisation requise

1.3.2 Aviser son équipe

1.3.5 Organiser l'admission urgente

- Transférer dans une chambre à pression négative

Sinon

- Transférer dans une chambre privée

Sinon

1.3.4a. Organiser le transfert vers un CH

- Aviser le CH receveur du transfert d'un cas probable ou suspect de SRAS et demander les instructions pour les ambulanciers pour l'arrivée du patient

- Demander une ambulance au Centre de répartition des ambulances

- Aviser qu'il s'agit d'un cas probable ou suspect de SRAS

- Donner les instructions pour les ambulanciers

1.3.3 Aviser la coordonnatrice des soins

Coordonner les activités avec le Service de prévention des infections

Aviser les autres personnels cliniques requis

1.3.4 Aviser le responsable local des mesures d'urgence

1.3.4 Aviser son équipe

- Compléter la liste de toutes les personnes ayant eu des contacts non protégés avec la personne affectée

- Aviser le service de santé ou les ressources humaines

- fournir la liste à la Direction de santé publique

ALGORITHME POUR LES SERVICES HOSPITALIERS

1. ARRIVÉE D'UN PATIENT SANS PRÉAVIS

2.1 Infirmière-chef

L'avis peut provenir de diverses sources :

- Info-Santé
- Clinique privée
- Service ambulancier
- Autres

2.1.1 Prendre les informations

2.2.2 Donner les instructions nécessaires au patient ou à l'accompagnateur pour une arrivée sécuritaire

2.2.3 Aviser son équipe

2.2.4 Aviser le médecin de garde

2.2.5 Appliquer l'algorithme 1.3

- Préparer une salle à pression négative à l'urgence

Sinon

Préparer un local fermé

- Se protéger par des mesures de protection personnelle selon le protocole en vigueur dans l'établissement

- Recevoir le patient, lui mettre un masque chirurgical et l'isoler dans le local prévu

- Compléter l'évaluation du patient en appliquant la procédure à partir de 1.1.7

- Appliquer l'algorithme 1.2

[illegible]

Mise à jour le 5 février 2004

**LISTE DES PERSONNES AYANT ÉTÉ EN CONTACT AVEC
SOIT UN CAS PROBABLE, UN CAS SUSPECT OU UN CAS SOUS ENQUÊTE DE SRAS**

Légende du statut

Q : quarantaine

ACS : auto-surveillance cas suspects

ACE : autosurveillance cas sous enquête

Légende de l'évolution

A : contact asymptomatique

CSE : contact devenu cas sous enquête

CS : contact devenu cas suspect

CP : contact devenu cas probable

[illegible]

Syndrome respiratoire aigu sévère

Liste des personnes ayant été en contact avec un cas, soit probable, suspect ou sous enquête de SRAS

INSTRUCTIONS

1. Ce fichier doit vous permettre de faire le suivi des contacts d'un cas soit probable, suspect ou sous enquête et d'obtenir rapidement une information sur la situation qui prévaut dans votre région à un moment précis.
2. Ce fichier a été élaboré à partir du logiciel EXCEL.
3. Il contient 7 variables :
 - a. le nom de la personne
 - b. l'adresse
 - c. le numéro de téléphone
 - d. la date de naissance (peut être importante si deux ou plusieurs personnes portent le même nom)
 - e. le sexe
 - f. le statut :
 1. en quarantaine : il s'agit des personnes qui ont été en contact avec un cas probable (utilisé **Q** pour quarantaine)
 2. en autosurveillance : il s'agit des personnes qui ont été en contact avec un cas suspect (utilisé **ACS** pour autosurveillance cas suspect)
 3. en autosurveillance : il s'agit des personnes qui ont été en contact avec un cas sous enquête (utilisé **ACE** pour autosurveillance cas sous enquête)
 - g. la date du début de la période d'observation
 - h. la date de fin de la période d'observation
 - i. l'évolution :

lors du suivi, à la fin de la période, vous pouvez préciser le statut des contacts que vous avez suivis :

A : asymptomatique
CSE : est devenu un cas sous enquête
CS : est devenu un cas suspect
CP : est devenu un cas probable
 - j. remarques.
4. Cette liste peut vous permettre de retrouver rapidement les personnes sous observation. Par exemple, pour obtenir l'information sur le nombre de personnes en quarantaine, en faisant un tri sur la colonne du statut puis sur la date du début de la période et de la fin de la période, vous pourrez savoir à un moment précis, le nombre de personnes qui sont en quarantaine.
5. Ce fichier doit être utilisé à vos fins de suivi régional et ne doit pas être transféré au niveau provincial. Vous pouvez localement y ajouter d'autres variables. Il vous permettra de répondre plus aisément aux demandes de suivi hebdomadaire.

OUTIL #8 - ANNEXE A

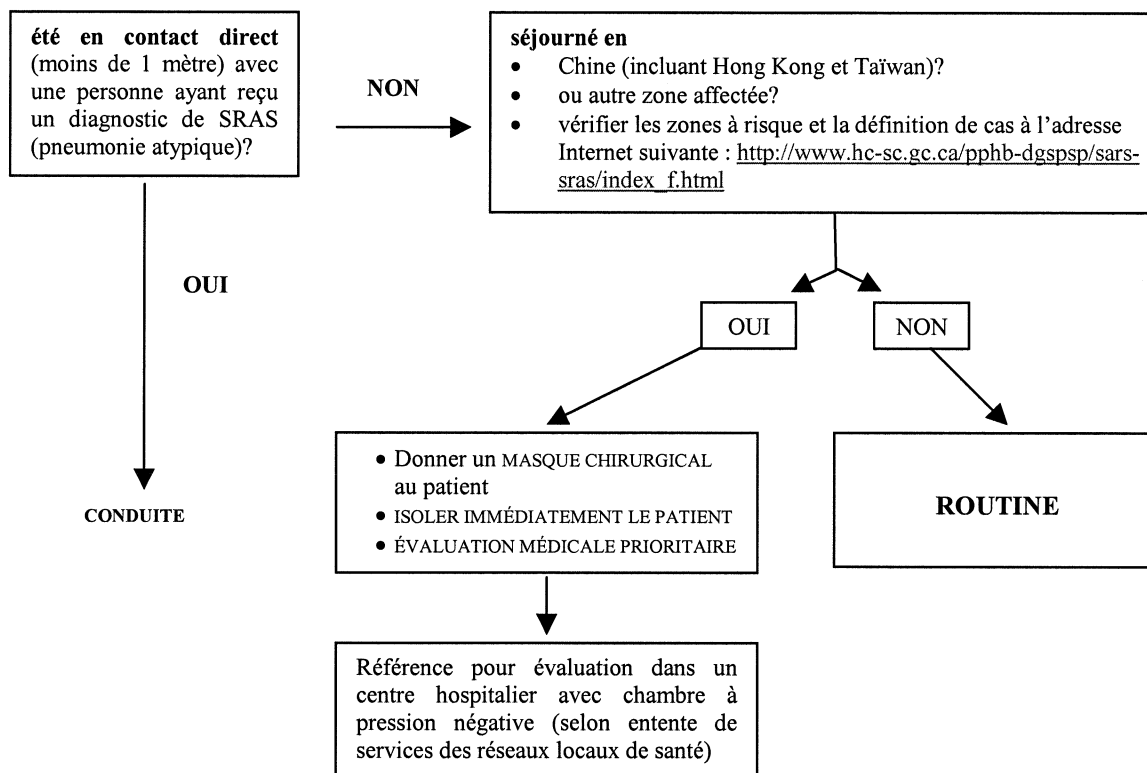
TRIAGE DANS UNE CLINIQUE MÉDICALE

QUESTIONS À POSER AU PATIENT

PRÉSENTEZ-VOUS :

- fièvre?
- ou
- toux récente?
- ou
- essoufflement inhabituel?
- ou
- symptômes de la grippe (ex. maux de tête, grande fatigue)?

ET AVEZ-VOUS AU COURS DES 10 DERNIERS JOURS :



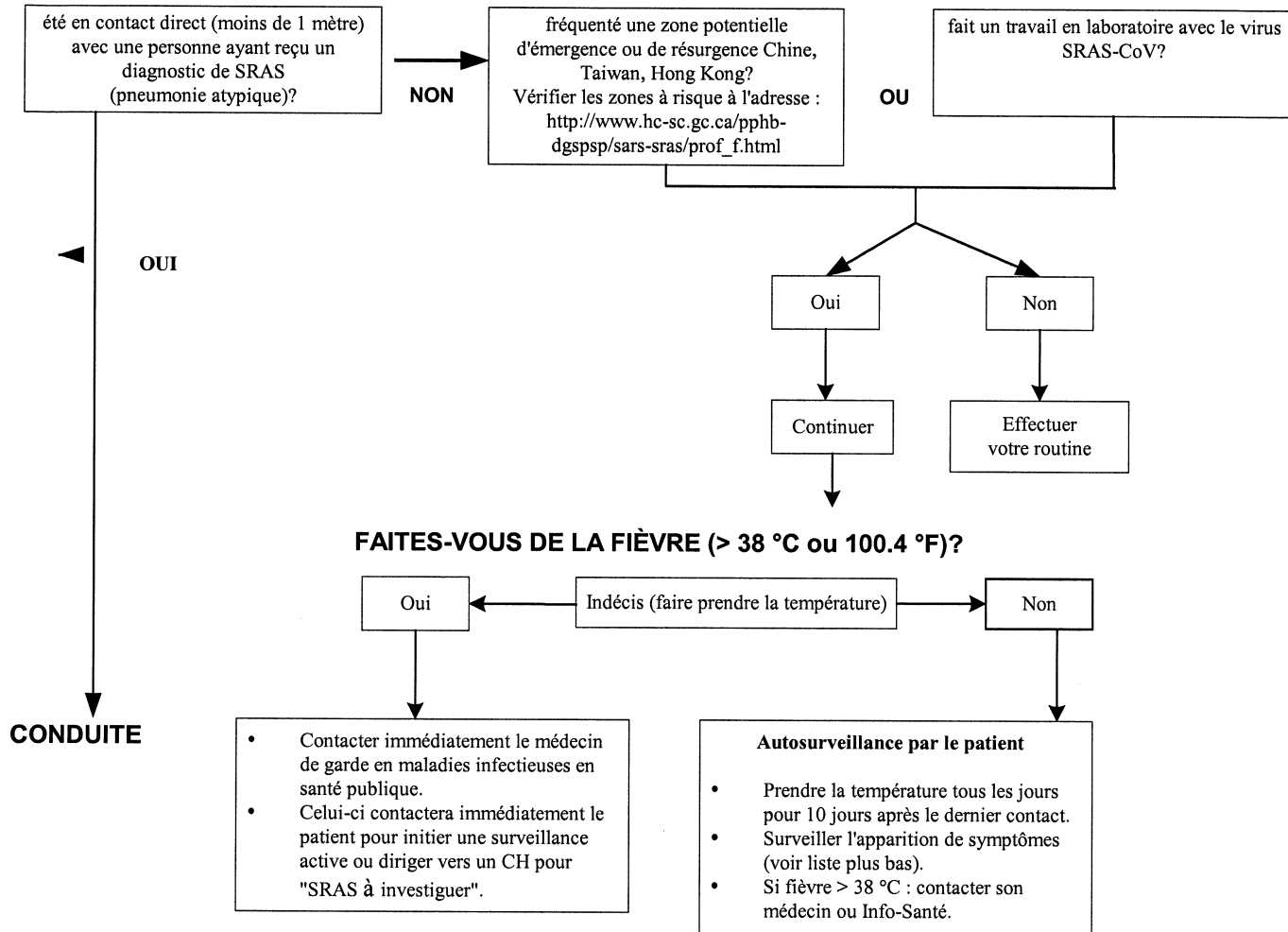
- Communiquer avec la Santé publique (418-723-7851 ou 418-868-1010) pour amorcer le suivi des contacts.
- S'il n'y a pas eu d'isolement au triage : prendre le nom des personnes dans la salle d'attente avec le cas.

OUTIL #9 - ANNEXE A

QUESTIONNAIRE POUR UN TRIAGE PAR TÉLÉPHONE PAR INFO-SANTÉ

QUESTIONS À POSER AU PATIENT INCERTAIN OU INQUIET CONCERNANT LA TRANSMISSION DU SRAS

AVEZ-VOUS AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES :



VÉRIFIER SI LE PATIENT PRÉSENTE UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS (avant de nous appeler)

- Toux?
- Essoufflement inhabituel?
- Douleurs musculaires?
- Malaises incluant fatigue importante?
- Maux de tête?

Si oui, informez-en le médecin de l'urgence et prendre entente pour une prise en charge adéquate du patient.

Source : DSP Montréal-Centre.

Vérifier les zones à risque à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/sars-sras/prof_f.html et les localiser sur une carte : http://go.hrw.com/atlas/norm_hm/world.htm

OUTIL# 10A – ANNEXE A

**PROTOCOLE D'IDENTIFICATION
DU SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE (SRAS)
À L'USAGE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS**

APPROUVÉ PAR :

directeur médical

ENTRÉ EN VIGUEUR :

1^{er} avril 2003

POLITIQUE :

Identifier le risque de SRAS le plus précocement possible

OBJECTIFS :

Le PATAU est le premier intervenant de la chaîne préhospitalière à être mis sous tension lors d'un appel nécessitant un transport ambulancier. En appliquant une question supplémentaire aux questions MPDS des protocoles 6, 18 et 26, le PATAU est en mesure d'identifier s'il y a un risque raisonnable de SRAS. Dans l'affirmative, il peut prévenir le risque de transmission en avisant les techniciens ambulanciers et les premiers répondants. Ceux-ci pourront déclencher la procédure préhospitalière d'isolement prévue avant même d'avoir un contact avec le patient.

Le questionnaire a été réduit au minimum afin d'effectuer le triage le plus spécifique possible tout en étant court et efficace pour ne pas nuire aux activités de la centrale sans toutefois être exhaustif de tout le syndrome. Il est de la responsabilité ultime du technicien ambulancier de valider les critères de SRAS une fois sur les lieux d'intervention.

PROCÉDURE :

Le PATAU doit ajouter les questions suivantes à la suite des questions MPDS des cartes 6, 18 et 26 avant les DPE et DPA.

Est-ce que la personne malade a fait un voyage récent en Chine ou a été en contact étroit avec un cas suspect de syndrome respiratoire aigu sévère (pneumonie atypique) dans les dix jours précédant l'apparition des symptômes actuels?

Dans l'affirmative, lors de la codification du technicien ambulancier et des premiers répondants, le PATAU mentionnera « possibilité de SRAS ».

Dans la négative, aucune mesure supplémentaire n'est requise.

OUTIL #10B – ANNEXE A

Procédure préhospitalière de prise en charge des patients suspects de présenter un « Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) » pour les premiers répondants

Les premiers répondants devraient prendre les précautions nécessaires de prévention et de contrôle de la transmission des infections lorsqu'un risque de SRAS est identifié, soit par le Centre des communications santé, par un professionnel de la santé ou un appelant qui est sur la scène.

1. Critères d'inclusion du déclenchement de la procédure

Patient répondant aux critères suivants :

- Patient fiévreux

ET

- Un ou plusieurs des signes ou des symptômes respiratoires suivants :
 - ✓ toux,
 - ✓ essoufflement ou difficulté à respirer,
 - ✓ hypoxie,
 - ✓ détresse respiratoire.

ET

Un ou plusieurs des éléments suivants :

- ✓ histoire de voyage récent : dans les dix jours précédant l'apparition des symptômes dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence (la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong). Un contact étroit avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie ET qui a une histoire de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence, et aucune autre cause identifiée;
- ✓ un travail en laboratoire avec le virus SRAS Co-V;
- ✓ membre du personnel; hospitalier (soignant ou non).

Définition d'un contact étroit

- * Toute personne ayant prodigué des soins, ayant demeuré sous le même toit, ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides biologiques d'une **personne atteinte de SRAS** (souffrant d'une maladie respiratoire évolutive grave suggérant une pneumonie atypique ou un syndrome de détresse respiratoire aiguë). Toute personne ayant été en présence d'une **personne atteinte de SRAS** à moins d'un mètre.

2. Mesures préventives et de contrôle de la transmission des infections

Lorsqu'un patient est identifié comme étant à risque de SRAS les mesures préventives et de contrôle de la transmission des infections suivantes doivent être appliquées :

Principes

- ✓ En fonction de la situation et de son urgence, le premier répondant qui n'a pas de « contact étroit » avec le patient ne devrait pas manipuler le matériel afin d'éviter toute contamination inutile;

- ✓ Se laver les mains* :
 - après tout contact avec un patient,
 - après tout contact avec un liquide biologique, sécrétion ou excrétion,
 - après tout contact avec un objet connu ou considéré contaminé avec des sécrétions respiratoires (ex. inhalateur, masque, papier mouchoir, équipement de gestion des voies respiratoires),
 - après le port de gants.

**Utiliser un savon antimicrobien ou un antiseptique pour le lavage des mains.*

Port de gants

- ✓ Les gants doivent être portés en plus du lavage des mains.
- ✓ Les gants doivent être changés entre chaque patient.
- ✓ Les gants doivent être mis juste avant le contact avec le patient et enlevés le plus tôt possible afin d'éviter de contaminer l'environnement de travail (véhicule et matériel médical).

Port du masque

- ✓ Le port du masque N-95 bien ajusté doit être porté par les premiers répondants (le masque doit être porté de façon à ce que l'espace entre la peau et l'armature du masque soit absent ou presque).
- ✓ Faire porter un masque N-95 au patient, si toléré (1^{er} choix). Si non toléré par le patient, un masque de type chirurgical (2^e choix) devrait être porté par celui-ci.

*Le patient doit porter un masque à moins qu'il ne nécessite le port d'un masque d'oxygène à haute concentration dû à son état clinique. Il faut noter que l'utilisation de la lunette nasale combinée au masque N-95 est possible.

Port des lunettes de protection

- ✓ Le port de protection oculaire (lunettes de protection) est nécessaire si la tâche à effectuer présente un risque d'éclaboussures avec des sécrétions respiratoires ou des liquides biologiques (ex. : aspiration et intubation).

Port de blouse anti-éclaboussure

- ✓ Le port d'une blouse anti-éclaboussure est nécessaire si l'on prévoit un contact physique avec le patient, avec des surfaces ou des objets contaminés dans l'environnement de travail (sur la scène et dans l'ambulance).
- ✓ Enlever la blouse dès que possible pour éviter de contaminer l'environnement et en disposer de manière appropriée (voir plus bas *Procédure sur la manipulation et élimination des équipements contaminés*).

Procédure sur la manipulation et l'élimination des équipements contaminés

- ✓ Utiliser des équipements à usage unique, si possible.
- ✓ Si les équipements à usage unique ne sont pas disponibles, ces équipements utilisés doivent être nettoyés et désinfectés adéquatement (voir plus bas *Procédure de désinfection des équipements contaminés*).
- ✓ Disposer de la literie souillée dans un sac à déchet (bio-risque) prévu à cette fin et en disposer à l'endroit approprié à l'urgence (demandé au personnel médical de l'urgence).
- ✓ Éliminer les coupants-tranchants dans les contenants sécuritaires (bio-risque) prévus à cet effet.
- ✓ Éliminer les déchets biomédicaux dans des sacs et contenants appropriés prévus à cette fin.

Procédure de désinfection des équipements contaminés

- ✓ Les équipements respiratoires doivent être désinfectés avec un désinfectant de haut niveau selon les recommandations des fabricants (ex : désinfectant à base de peroxyde d'hydrogène tel que le Virox®).
- ✓ Nettoyer les surfaces environnementales avec un germicide pour usage hospitalier et suivre les recommandations du fabricant.

3. Intervention préhospitalière et application des protocoles cliniques

- a. Il faut aviser le patient qu'il doit porter un masque (N-95 ou chirurgical si non toléré).
- b. En fonction des protocoles cliniques :
 - si pour une raison ou une autre le masque n'est pas toléré, il doit être enlevé,
 - si de l'oxygène par masque à haute concentration doit être appliqué (TECH 11), le masque N-95 (ou chirurgical) est enlevé,
 - surveiller étroitement la respiration du patient en tout temps, surtout lorsqu'il porte un masque de type N-95 ou chirurgical. Si une détérioration survient, réagir en conséquence, entre autres, en enlevant le masque et en administrant de l'oxygène ou en ventilant le patient.
- c. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers**, vous devez vous assurer que les techniciens ambulanciers sont avisés de la présence potentielle d'un cas de SRAS. Le patient est laissé à distance sous la surveillance du premier répondant qui l'accompagnait, jusqu'à ce qu'on vous indique que le T.A. #1 soit prêt à prendre la relève.
- d. Le patient est transféré à l'ambulance et dirigé vers le centre hospitalier receveur.
- e. Les blouses, les gants, les masques et les protections oculaires sont enlevés et jetés dans un sac à déchet (bio-risque) prévu à cette fin à l'endroit approprié (demandé aux techniciens ambulanciers).
- f. Les surfaces environnementales ayant pu être souillées par des sécrétions du patient et le matériel utilisé non jetable sont désinfectés tel que le prévoit la *Procédure de désinfection des équipements contaminés* (voir ci-haut).
- g. Rapporter l'événement au supérieur immédiat par voie de rapport écrit ou verbal, selon le mécanisme établi à l'intérieur du service de premier répondant.

Pour les techniciens ambulanciers

Durant le transport, l'urgence doit être avisée (10-10) afin de les informer que vous arrivez avec un patient suspect de « Syndrome respiratoire aigu sévère » .

Si l'instabilité justifie une salle de choc, avec l'accord du personnel soignant lors de l'encodage de la salle d'urgence (10-10, 10-100), le patient y est dirigé.

Il est à noter que le personnel médical du centre receveur peut préférer qu'on dirige le patient dans un autre endroit que la salle de choc habituelle. Cela est laissé à leur discrétion.

OUTIL #10C – ANNEXE A

Procédure préhospitalière de prise en charge des patients suspects de présenter un « Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) » pour les techniciens ambulanciers

Les techniciens ambulanciers devraient prendre les précautions nécessaires de prévention et de contrôle de la transmission des infections lorsqu'un risque de SRAS est identifié, soit par le Centre des communications santé, par un professionnel de la santé ou un premier répondant qui est sur la scène.

1. Critères d'inclusion du déclenchement de la procédure

Patient répondant aux critères suivants :

- Patient fiévreux

ET

- Un ou plusieurs des signes ou symptômes respiratoires suivants :
 - ✓ toux,
 - ✓ essoufflement ou difficulté à respirer,
 - ✓ hypoxie,
 - ✓ détresse respiratoire.

ET

- Un ou plusieurs des éléments suivants :
 - ✓ histoire de voyage récent : dans les dix jours précédant l'apparition des symptômes dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence (la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong).
 - ✓ un contact étroit (voir définition, plus bas) avec un cas suspect de Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

Définition d'un contact étroit

* Toute personne ayant prodigué des soins, ayant demeuré sous le même toit, ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides biologiques d'une **personne atteinte de SRAS** (souffrant d'une maladie respiratoire évolutive grave suggérant une pneumonie atypique ou un syndrome de détresse respiratoire aiguë).

2. Mesures préventives et de contrôle de la transmission des infections

Lorsqu'un patient est identifié comme étant à risque de SRAS, les mesures préventives et de contrôle de la transmission des infections suivantes doivent être appliquées.

Principes

- ✓ En fonction de la situation et de son urgence, le technicien ambulancier qui n'a pas de « contact étroit » avec le patient devrait manipuler le matériel afin d'éviter toute contamination inutile,
- ✓ Se laver les mains* :
 - après tout contact avec un patient,
 - après tout contact avec un liquide biologique, sécrétion ou excrétion,

- après tout contact avec un objet connu ou considéré contaminé avec des sécrétions respiratoires (ex. inhalateur, masque, papier mouchoir, équipement de gestion des voies respiratoires),
- après le port de gants.

**Utiliser un savon antimicrobien ou un antiseptique pour le lavage des mains.*

Port de gants

- ✓ Les gants doivent être portés en plus du lavage des mains.
- ✓ Les gants doivent être changés entre chaque patient.
- ✓ Les gants doivent être mis juste avant le contact avec le patient et enlevés le plus tôt possible afin d'éviter de contaminer l'environnement de travail (ambulance et matériel médical).

Port du masque

- ✓ Le port du masque N-95 bien ajusté doit être porté par les techniciens ambulanciers (le masque doit être porté de façon à ce que l'espace entre la peau et l'armature du masque soit absent ou presque).
- ✓ Faire porter un masque N-95 au patient, si toléré (1^{er} choix). Si non toléré par le patient, un masque de type chirurgical (2^e choix) devrait être porté par celui-ci.

*Le patient doit porter un masque à moins qu'il ne nécessite le port d'un masque d'oxygène à haute concentration dû à son état clinique. Il faut noter que l'utilisation de la lunette nasale combinée au masque N-95 est possible.

Port des lunettes de protection

- ✓ Le port de protection oculaire (lunettes de protection) est nécessaire si la tâche à effectuer présente un risque d'éclaboussures avec des sécrétions respiratoires ou des liquides biologiques (ex. : aspiration et intubation).

Port de blouse anti-éclaboussure

- ✓ Le port d'une blouse anti-éclaboussure est nécessaire si l'on prévoit un contact physique avec le patient, avec des surfaces ou des objets contaminés dans l'environnement de travail (sur la scène et dans l'ambulance).
- ✓ Enlever la blouse dès que possible pour éviter de contaminer l'environnement et en disposer de manière appropriée (voir plus bas *Procédure sur la manipulation et élimination des équipements contaminés*).

Procédure sur la manipulation et l'élimination des équipements contaminés

- ✓ Utiliser des équipements à usage unique, si possible.
- ✓ Si les équipements à usage unique ne sont pas disponibles, ces équipements utilisés doivent être nettoyés et désinfectés adéquatement (voir plus bas *Procédure de désinfection des équipements contaminés*).
- ✓ Disposer de la literie souillée dans un sac à déchet (bio-risque) prévu à cette fin et en disposer à l'endroit approprié à l'urgence (demandé au personnel médical de l'urgence).
- ✓ Éliminer les coupants-tranchants dans les contenants sécuritaires (bio-risque) prévus à cet effet.
- ✓ Éliminer les déchets biomédicaux dans des sacs et des contenants appropriés prévus à cette fin.

Procédure de désinfection des équipements contaminés

- ✓ Les équipements respiratoires doivent être désinfectés avec un désinfectant de haut niveau selon les recommandations des fabricants (ex : désinfectant à base de peroxyde d'hydrogène tel que le Virox®).
- ✓ Nettoyer les surfaces environnementales avec un germicide pour usage hospitalier et suivre les recommandations du fabricant.

3. Intervention préhospitalière et application des protocoles cliniques

- a. Il faut aviser le patient qu'il doit porter un masque (N-95 ou chirurgical si non toléré).
- b. En fonction des protocoles cliniques :
 - une lunette nasale peut être appliquée avec le masque N-95 ou chirurgical – (TECH 11),
 - si pour une raison ou une autre le masque n'est pas toléré, il doit être enlevé,
 - si de l'oxygène par masque à haute concentration doit être appliqué (TECH 11), le masque N-95 (ou chirurgical) est enlevé,
 - surveiller étroitement la saturométrie du patient en tout temps, surtout lorsqu'il porte un masque de type N-95 ou chirurgical. Si une désaturation survient, réagir en conséquence, entre autres, en enlevant le masque et en administrant de l'oxygène ou en ventilant le patient.
- c. Durant le transport, l'urgence doit être avisée (10-10) afin de les informer que vous arrivez avec un patient suspect de « Syndrome respiratoire aigu sévère ».
- d. À l'arrivée à l'urgence, vous devez vous assurer que le personnel soignant est prêt à vous accueillir. Le patient est laissé dans le véhicule sous la surveillance du technicien ambulancier qui l'accompagnait dans le cabinet de soins (boîte), jusqu'à ce qu'on vous indique l'endroit où devra être dirigé le patient.
- e. Le patient est transféré à l'urgence et dirigé vers l'endroit prévu par l'équipe médicale du centre receveur.
- f. Si l'instabilité justifie une salle de choc, avec l'accord du personnel soignant lors de l'encodage de la salle d'urgence (10-10, 10-100), le patient y est dirigé.

Il est à noter que le personnel médical du centre receveur peut préférer qu'on dirige le patient dans un autre endroit que la salle de choc habituelle. Cela est laissé à leur discrétion.

- g. Les blouses, les gants, les masques et les protections oculaires sont enlevés à l'urgence et jetés dans un sac à déchet (bio-risque) prévu à cette fin à l'endroit approprié (demandé au personnel de l'urgence).
- h. Les surfaces environnementales du cabinet de soins ayant pu être souillées par des sécrétions du patient et le matériel utilisé non jetable sont désinfectés tel que le prévoit la *Procédure de désinfection des équipements contaminés (voir ci-haut)*.
- i. À l'urgence, le masque, les gants et la blouse portés lors de la désinfection du véhicule sont jetés dans un sac à déchet (bio-risque) prévu à cette fin et en disposer à l'endroit approprié (demandé au personnel de l'urgence).
- j. Rapporter l'événement au supérieur immédiat par voie de rapport écrit ou verbal, selon le mécanisme établi à l'intérieur de l'entreprise ambulancière.

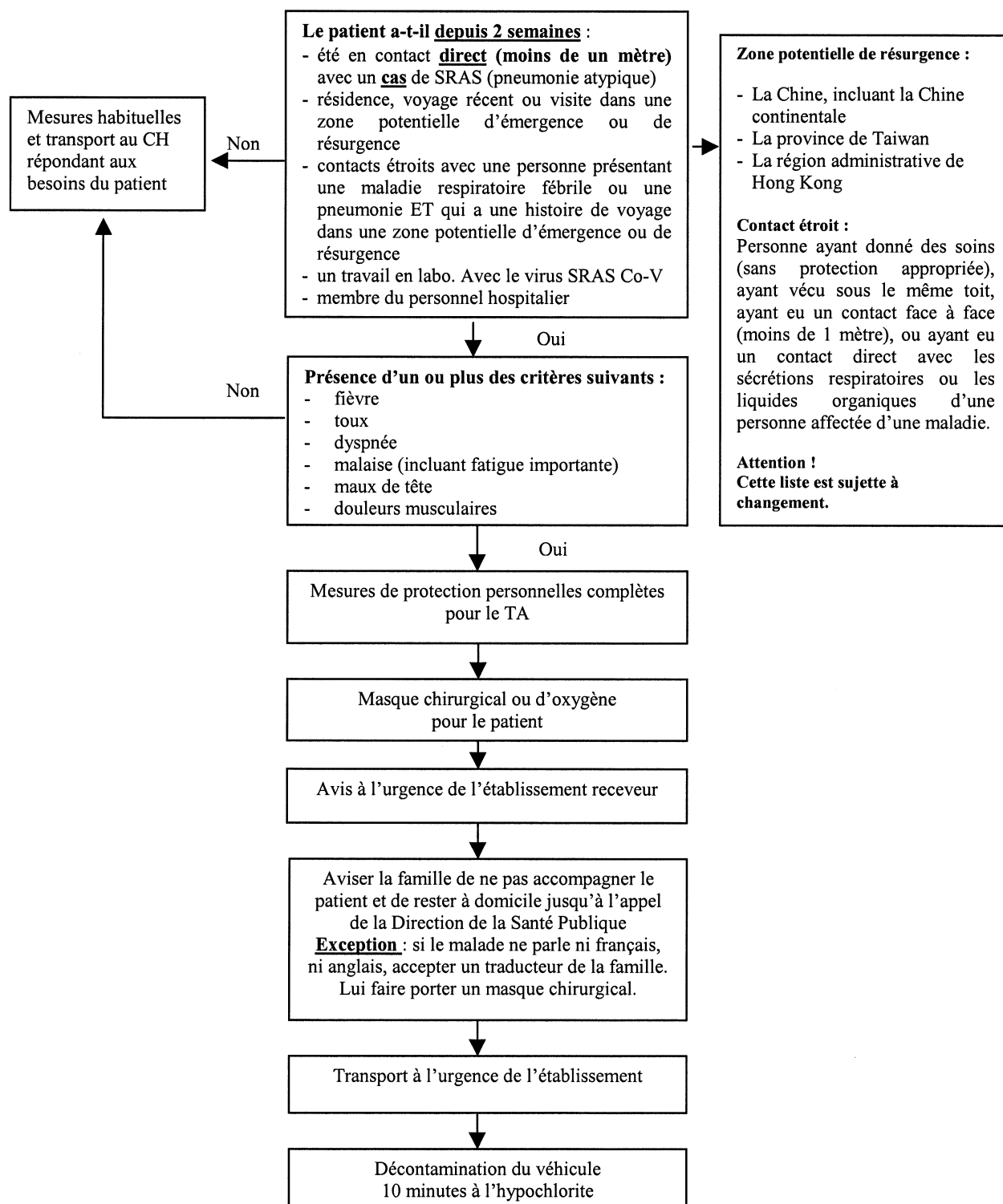
MISE À JOUR

AU

17 déc. 2003

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Conduite et questionnaire pour les techniciens ambulanciers
à l'arrivée sur les lieux d'un cas potentiel de SRAS



**SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS SUR LES MESURES DE PRÉVENTION
INDIVIDUELLES DANS LE CONTEXTE DE PRÉSENCE OU DE SUSPICION
DU SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE (SRAS)**

Tableaux pour les différentes situations de travail

Comité ministériel sur les mesures de précaution contre le SRAS

19 NOVEMBRE 2003

PRÉAMBULE

La Direction de la protection de la santé publique (santé au travail) a convoqué en juin 2003 un Comité ministériel provincial sur les mesures de précaution contre le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

Ce comité interdisciplinaire comprenait les représentants des organismes suivants :

Association des hôpitaux du Québec

Filomena Pietrangelo, BscN

Association des infirmières en prévention des infections

Lucie Beaudreau, Msc(inf)

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales

Renée Julien
Diane Parent

Comité des infections nosocomiales du Québec

Marie Gourdeau, MD, FRCP(C)
Dorothy L Moore, PhD, MD, CSPQ, FRCP(C)
Pierre St-Antoine, MD, FRCP(C)

Comité médical provincial en santé au travail du Québec

Élisabeth Lajoie, MD, MSc, FRCP(C)

Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

Luc Ménard, MScA, CIH

Community & Hospital Infection Control Association : section Québec

Pauline Laplante, MSc

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail

Jacques Lavoie, MScA

Institut national de santé publique du Québec

Maurice Poulin, MD, MSc
Michèle Dupont, MD, MSc

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Luc Bhérer, MD
Michèle Dupont, MD, MSc
Céline Lemieux, MSc

Regroupement provincial des hygiénistes du travail du réseau public

Paule Pelletier, MScA

MANDAT DU COMITÉ PROVINCIAL SUR LES MESURES DE PRÉCAUTION CONTRE LE SRAS

Définir les mesures préventives requises pour assurer la protection des travailleurs exposés au SRAS et autres infections nosocomiales.

Objectif spécifique #1 :

Analyser les recommandations formulées à ce jour ainsi que les résultats de l'enquête de Santé Canada, de la province de l'Ontario et du Centers for Disease Control and Prevention et l'Organisation mondiale de la santé.

Objectif spécifique #2 :

Formuler les recommandations nécessaires pour assurer la protection des travailleurs exposés (au niveau respiratoire, de la peau et des yeux) en privilégiant d'abord la question de la protection individuelle.

Objectif spécifique #3 :

Définir la stratégie optimale de diffusion de ces recommandations et les besoins des organisations qui devront les implanter.

Objectif spécifique #4 :

Proposer une stratégie d'évaluation de l'implantation des recommandations et des résultats obtenus.

INTRODUCTION

Conjuguées à des mesures préventives de nature organisationnelle et environnementale, les mesures de prévention individuelles recommandées et suggérées dans ce document permettent, lorsqu'elles sont bien utilisées, de prévenir la transmission du SRAS aux travailleurs de la santé, aux patients et dans la communauté. Elles ont fait l'objet de consultations larges dans un temps limité compte tenu du *danger appréhendé* de résurgence du SRAS. Selon les données scientifiques actuellement disponibles et l'expérience acquise dans les pays touchés, notamment au Canada, à Toronto et en Colombie Britannique, elles procurent un niveau de protection suffisant dans les contextes d'utilisation identifiés. Il existe toutefois des équipements de protection individuelle qui assurent des niveaux de protection supérieurs et ceux-ci peuvent aussi être retenus et utilisés si le Comité de prévention des infections et le Comité paritaire de santé et de sécurité (CSS) (ou à défaut, un comité paritaire formé de représentants patronaux et syndicaux) de l'établissement le jugent à propos.

Dans le contexte de présence du SRAS, **des précautions additionnelles aux pratiques de base en prévention des infections sont nécessaires**. En effet, les connaissances actuelles sur la transmission du SRAS nous indiquent que les **principales voies de transmission sont par contact et par gouttelettes**. Cependant, étant donné la nature particulièrement virulente du pathogène et la possibilité de transmission par voie aérienne (récemment remise en question¹), des précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne s'appliquent également d'emblée, par prudence, en ajout aux précautions par contact (notamment avec les sécrétions respiratoires et les selles) et par gouttelettes, lors de soins aux patients.

Les tableaux qui suivent présentent les recommandations du groupe de travail sur les mesures de prévention appropriées pour différentes situations de travail (prétriage, triage, soins usuels, etc.) dans le contexte de présence ou suspicion du SRAS. Le rapport final du Comité ministériel sur les mesures de précaution contre le SRAS sera plus détaillé et sera disponible en janvier 2004.

1 L'OMS déclarait le 22 octobre : « As SARS is not thought to be an airborne infection, research should clarify the need for these measures needed to prevent transmission via droplets and contact with body fluids. » <http://www.who.int/csr/sars/archive/research/en/>

DÉMARCHE UTILISÉE

Dans un premier temps, une recension des recommandations émises par des organismes nationaux et internationaux reconnus a été réalisée (mesures de protection personnelle, mesures d'organisation du travail et de l'environnement du travail). L'étude des rapports épidémiologiques, l'analyse rétrospective des événements liés au SRAS, les connaissances en matière de prévention des infections de même que l'expérience dans la protection respiratoire acquise dans la lutte à la tuberculose, ont servi de base aux réflexions du groupe de travail qui ont conduit aux recommandations pour le Québec. Vous trouverez à la section référence la liste des documents et organisations qui ont permis la recension des écrits et des recommandations sur le sujet.

Le choix des mesures de protection individuelle recommandées pour les travailleurs du Québec s'est fait en considérant les paramètres suivants :

- Les exigences légales et réglementaires.
- Le cadre de référence en gestion du risque pour la santé humaine de l'INSPQ.
- La nature de la tâche à effectuer (la durée du contact, la proximité, la connaissance du diagnostic, les lieux physiques, les procédures de soins impliquées).
- Le niveau de risque associé à la tâche et l'efficacité de l'équipement de protection individuelle proposé ; nous n'avons pas effectué de revue de littérature spécifique sur chacune des mesures mais plutôt tenté de dégager le raisonnement qui soutient les diverses recommandations émises. L'efficacité des mesures a ainsi été déterminée indirectement par les conclusions des rapports épidémiologiques publiés par la suite.
- Étant donné l'insuffisance des connaissances sur plusieurs aspects du SRAS (cause exacte, mode de transmission, efficacité des mesures de protection individuelle pour des agents infectieux) quand l'information n'était pas suffisante pour porter un jugement sur la base de ces seuls paramètres, l'opinion d'experts cliniques consultés a été utilisée dans certaines circonstances.
- La simplicité d'utilisation des mesures de prévention et moyens de protection.
- Le risque de contamination secondaire de l'environnement (rapports épidémiologiques, connaissances en prévention des infections).

RÉFÉRENCES²

1. Recension des recommandations (mesures de protection personnelle, mesures d'organisation du travail et de l'environnement de travail) émises par des organismes nationaux et internationaux reconnus (site WEB) :
 - OMS
 - OMS pacifique
 - CDC
 - Santé Canada
 - Ministère de la santé de la province de l'Ontario
 - Ministère de la santé de la province de la Colombie-Britannique
2. Étude des rapports des analyses épidémiologiques et autres analyses des événements liés au SRAS publiées sur le sujet, dont notamment :
 - *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*, Santé Canada, octobre 2003.
 - *Consensus Document on the Epidemiology of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*, WHO, octobre 2003.
3. Révision des recommandations canadiennes en matière de prévention des infections nosocomiales :
 - Guide de prévention des infections : Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé, RMTc, 1998. <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/98pdf/ccdr24s8f.pdf>
 - Guide de prévention des infections : Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé, RMTc, 1999. <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/99pdf/ccdr25s4f.pdf>
 - Guide de prévention des infections : La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé, RMTc, 2002. <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/02pdf/28s1f.pdf>
 - Guide de prévention des infections : La prévention des infections transmissibles par le sang dans les établissements de santé et les services publics, 1997. <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/97pdf/ccdr23s3f.pdf>
 - Lignes directrices en matière de biosécurité en laboratoire, ébauche de la 3e édition, Santé Canada, 2001. <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/ols-bsl/lbg-ldmbl/pdf/ldmbl-3e-ebauche.pdf>

2 Les références seront présentées de façon plus exhaustive dans le rapport final.

4. Révision des recommandations émises par NIOSH pour la protection respiratoire :

- Documentation générale :

OSHA (Page consultée le 20 mai 2003). « OSHA Technical Manual : Section VIII : Chapter 2 : Respiratory protection », dans U.S. Department of Labor, Occupational Safety & Health Administration, *Site de la Occupational Safety and Health Administration* [en ligne], http://www.osha.gov/dts/osta/otm/otm_toc.html

- Documentation sur la protection respiratoire pour la tuberculose :

NIOSH (1999). *TB Respiratory Protection Program In Health Care Facilities : Administrator's Guide*, Cincinnati, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, 116 p. (Document obtenu sur le site internet de NIOSH à l'adresse <http://www.cdc.gov/niosh/99-143.html>)

TABLEAU 1 : Recommandations sur les mesures de prévention pour les situations de travail en PRÉTRIAGE³, TRIAGE⁴ des patients

Mesures de prévention individuelles des infections (travailleur) ⁵	NIVEAU DE PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉ	
	Précautions additionnelles contre la transmission par CONTACT + GOUTTELETTES + VOIE AÉRIENNE ⁵	
Lavage des mains	✓	◆ Nécessite l'utilisation d'un savon antiseptique ou d'un rinçage-mains antiseptique (sans eau à base d'alcool). ◆ Ne pas utiliser le lavabo de la chambre du patient.
Gants	✓ ⁶	◆ <u>Prétriage</u> : seulement si contact direct avec le patient ou ses sécrétions. ◆ Utiliser un modèle de gants non stériles, de bonne qualité, étiquetés à usage médical et qui recouvrent bien les manches aux poignets.
Masque (pour le travailleur)	✓ N-95 ⁶	◆ Le port du masque N-95 doit être encadré par un programme de protection respiratoire. ◆ <u>Prétriage</u> : la nature et l'intensité de l'exposition ne justifient pas toujours le port d'un masque N-95. ◆ <u>Triage</u> : le masque N-95 doit être porté si le questionnaire est suggestif de SRAS.
Protection oculaire	✓ ⁶	◆ <u>Prétriage</u> : la nature et l'intensité de l'exposition ne justifient pas toujours le port d'une protection oculaire. ◆ <u>Triage</u> : si contact direct à moins d'un mètre.
Blouse manches longues	✓ ⁶	◆ <u>Prétriage</u> : seulement si contact direct avec le patient ou ses sécrétions.
Mesures organisationnelles spécifiques⁷	◆	◆ <u>Prétriage et triage</u>: faire porter un masque de type chirurgical au patient (s'il peut le tolérer) et référer rapidement au triage. ◆ <u>Triage</u> : admettre si possible les cas suspects dans une chambre à pression négative ou une pièce dont la porte est fermée.

³ Les situations de **prétriage** incluent les premiers répondants lorsque le contact avec les patients est très bref et verbal.

⁴ Les situations de **triage** incluent l'évaluation et le transport des personnes possiblement malades.

⁵ Un protocole de travail écrit et une formation préalable sont essentiels afin de réduire les risques de bris de protocole. Celui-ci devra préciser dans quel ordre et comment mettre et enlever l'équipement de protection recommandé, où en disposer et quoi faire en cas de bris de protocole.

⁶ Le choix de porter l'équipement de protection complet dépend de la nature et l'intensité de l'exposition, de la situation épidémiologique du SRAS ainsi que de l'organisation locale des activités de prétriage et triage, qui varie grandement d'une institution à l'autre.

⁷ D'autres mesures organisationnelles peuvent également être nécessaires.

TABLEAU 2 : Recommandations sur les mesures de prévention pour les situations de travail lors des SOINS ET SERVICES⁸ aux patients

Mesures de prévention individuelles des infections (travailleur) ⁹	NIVEAU DE PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉ	
	Précautions additionnelles contre la transmission par CONTACT + GOUTTELETTES + VOIE AÉRIENNE ⁹	
Lavage des mains	✓	◆ Nécessite l'utilisation d'un savon antiseptique ou d'un rinçage-mains antiseptique (sans eau à base d'alcool). ◆ Ne pas utiliser le lavabo de la chambre du patient.
Gants	✓ ¹⁰	◆ Utiliser un modèle de gants non stériles, de bonne qualité, étiquetés à usage médical et qui recouvrent bien les manches aux poignets. ◆ Encadré par un programme de protection respiratoire.
Masque (pour le travailleur)	✓ N-95	
Protection oculaire	✓	◆ Utiliser un écran facial jetable (choisir un modèle qui n'interfère pas avec le masque N-95) ou des lunettes étanches (« goggles ») que l'on doit désinfecter si elles ne sont pas jetables.
Blouse manches longues	✓	◆ Considérer l'utilisation de blouses résistantes à l'eau pour les manœuvres où les éclaboussures risquent de traverser la blouse.
Mesures organisationnelles spécifiques ¹¹	◆	Prioriser l'utilisation d'une chambre à pression négative pour les patients à plus haut risque de transmission.

- 8 Les personnes concernées par les situations de **soins et services** incluent : toutes les personnes qui entrent dans la chambre d'un patient hospitalisé pour SRAS ou suspicion de SRAS (personnel soignant, personnel de soutien, dont les employés de l'entretien ménager et visiteurs).
- 9 Un protocole de travail écrit et une formation préalable sont essentiels afin de réduire les risques de bris de protocole. Celui-ci devra préciser dans quel ordre et comment mettre et enlever l'équipement de protection recommandé, où en disposer et quoi faire en cas de bris de protocole.
- 10 Dans le but de réduire le risque de contamination de l'environnement, considérer le port d'une deuxième paire de gants que l'on retirera immédiatement suite à l'exécution d'une activité à haut risque de contamination. Dans ce cas, prévoir un protocole sur l'enfilage et le retrait des gants pour éviter l'auto-contamination et la contamination de la boîte de gants dans la chambre.
- 11 D'autres mesures organisationnelles peuvent également être nécessaires.

TABLEAU 3 : Recommandations sur les mesures de prévention pour les PROCÉDURES À RISQUE DE GÉNÉRER DES AÉROSOLS¹² lors des soins aux patients

Mesures de prévention individuelles des infections (travailleur) ¹³	NIVEAU DE PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉ	
	Précautions additionnelles contre la transmission par CONTACT + GOUTTELETTES + VOIE AÉRIENNE ¹⁴	
Lavage des mains	✓	◆ Nécessite l'utilisation d'un savon antiseptique ou d'un rinçage-mains antiseptique (sans eau à base d'alcool). ◆ Ne pas utiliser le lavabo de la chambre du patient.
Gants	✓	◆ Utiliser un modèle de gants non stériles, de bonne qualité, étiquetés à usage médical et qui recouvrent bien les manches aux poignets. ◆ Certains experts suggèrent l'utilisation d'une deuxième paire de gants¹⁵.
Masque (pour le travailleur)	✓	◆ Porter un masque N-95 même si port d'un APR à épuration d'air motorisé (PAPR).
Protection oculaire	✓	◆ Utiliser un écran facial jetable (choisir un modèle qui n'interfère pas avec le masque N-95) ou des lunettes étanches (« goggles » que l'on doit désinfecter si elles ne sont pas jetables). ◆ L'utilisation d'un APR à épuration d'air motorisé procure la protection oculaire requise.

12 Les procédures à risque de générer des aérosols pouvant expliquer la transmission du SRAS à des travailleurs de la santé comprennent : l'administration de médicaments aérosolisés, la bronchoscopie et l'intubation endotrachéale. Éviter, dans la mesure du possible toutes les manœuvres à risque de générer des aérosols et jugées non essentielles sur le plan médical telles : l'induction de crachats, la ventilation à pression positive par masque facial (ex. : BPAP, CPAP), la ventilation à haute fréquence par oscillation, etc. Considérer l'utilisation de cathéters de succion intégrés au circuit respiratoire et de filtres sur les circuits respiratoires des patients ventilés.

13 Un protocole de travail écrit et une formation préalable sont essentiels afin de réduire les risques de bris de protocole. Celui-ci devra préciser dans quel ordre et comment mettre et enlever l'équipement de protection recommandé, où en disposer et quoi faire en cas de bris de protocole.

14 Un protocole de travail écrit et une formation préalable sont essentiels afin de réduire les risques de bris de protocole. Celui-ci devra préciser dans quel ordre et comment mettre et enlever l'équipement de protection recommandé, où en disposer et quoi faire en cas de bris de protocole.

15 Dans le but de réduire le risque de contamination de l'environnement, considérer le port d'une deuxième paire de gants que l'on retirera immédiatement suite à l'exécution d'une activité à haut risque de contamination. Dans ce cas, prévoir un protocole sur l'enfilage et le retrait des gants pour éviter l'auto-contamination et la contamination de la boîte de gants dans la chambre.

16 Le masque N-95 utilisé adéquatement et avec les autres équipements de protection nécessaires (protection oculaire, gants, survêtement, etc.) est considéré suffisant pour prévenir la transmission par voie aérienne. Toutefois, des appareils de protection respiratoire offrant des facteurs de protection supérieurs sont disponibles et pourraient aussi être utilisés. À ce titre, le groupe de travail propose d'utiliser, par dessus le masque N-95, un APR à épuration d'air motorisé (PAPR) à composants jetables. Dans ce cas, la protection oculaire n'est plus requise puisque le PAPR, qui recouvre entièrement la tête et une partie des épaules, confère cette protection.

Blouse manches longues	✓	♦ Considérer l'utilisation de blouses résistantes à l'eau pour les manœuvres où les éclaboussures risquent de traverser la blouse.
Protection tête et cou	♦ Certains experts suggèrent le port d'une cagoule.	
Mesures organisationnelles spécifiques¹⁷	♦ Utiliser une chambre à pression négative (si le patient n'y est pas déjà) pour les manœuvres à plus haut risque de transmission. ♦ Limiter le nombre de personnes dans la pièce lors des manœuvres ; personnel expérimenté seulement. ♦ Prévoir un protocole d'intubation PRÉTESTÉ. ♦ Considérer l'utilisation d'un champ recouvrant les surfaces à risque d'exposition aux gouttelettes lors de la manœuvre et désinfecter l'environnement immédiatement après la manœuvre.	

¹⁷ D'autres mesures organisationnelles peuvent être nécessaires.

TABEAU 4 : Recommandations sur les mesures de prévention pour les travailleurs affectés au NETTOYAGE ET À LA DÉSINFECTION DES CHAMBRES une fois que le patient atteint du SRAS a quitté la chambre¹⁸

Mesures de prévention individuelles des infections (travailleur)	NIVEAU DE PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉ	
	Précautions additionnelles contre la transmission par CONTACT + GOUTTELETTES + (VOIE AÉRIENNE) ^{18, 19}	
Lavage des mains	✓	◆ Nécessite l'utilisation d'un savon antiseptique ou d'un rince-mains antiseptique (sans eau à base d'alcool). ◆ Ne pas utiliser le lavabo de la chambre du patient.
Gants	✓	◆ Utiliser des gants compatibles avec les produits chimiques utilisés pour désinfecter et privilégier des gants jetables. Sinon s'assurer qu'ils soient désinfectés adéquatement. ◆ Des gants jetables de bonne qualité étiquetés à usage médical recouvrant bien les manches sont adéquats pour les autres situations.
Masque (pour le travailleur)	✓ N-95 ¹⁸	◆ Porter un masque N-95 seulement s'il faut absolument entrer dans la chambre avant le délai recommandé²⁰.
Protection oculaire	✓	◆ Porter une protection oculaire pendant toute intervention qui risque de provoquer des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang, de liquides biologiques, de sécrétions ou d'excrétions. ◆ Utiliser un écran facial jetable (choisir un modèle qui n'interfère pas avec le masque N-95) ou des lunettes étanches (« goggles ») que l'on doit désinfecter si elles ne sont pas jetables.
Blouse manches longues	✓	

¹⁸ Si le patient est encore dans la chambre lors des activités d'entretien et de nettoyage, les recommandations émises pour les situations de travail lors des soins et services aux patients s'appliquent (tableau 2).

¹⁹ Un protocole de travail écrit et une formation préalable sont essentiels afin de réduire les risques de bris de protocole. Celui-ci devra préciser dans quel ordre et comment mettre et enlever l'équipement de protection recommandé, où en disposer et quoi faire en cas de bris de protocole.

²⁰ Respecter la période de temps requise pour permettre aux aérosols de l'agent infectieux d'être éliminés par le système de ventilation. Après ce délai, la transmission par voie aérienne cesse puisque l'agent infectieux n'est plus en suspension dans l'air (Référence : Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada. RMTCC 1996; 22S1 : p 51 Annexe F).

TABLEAU 5 : Recommandations sur les mesures de prévention pour les situations de travail en laboratoire médical²¹

Mesures de prévention individuelles des infections (travailleur)	NIVEAU DE PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉ	
	Pratiques de laboratoire de biosécurité de niveau de confinement 2 (BSL-2)	
	Le choix de l'équipement de protection individuelle est déterminé par la nature des échantillons manipulés, le risque de production d'aérosols et d'exposition au cours de manipulations données ²² .	
Enceinte de biosécurité	Type I ou II	◆ Lors de la manipulation d'échantillons non traités autres que le sang et l'urine. Toute procédure susceptible de créer des aérosols devrait s'effectuer sous une enceinte de sécurité biologique.
Lavage des mains	✓	◆ Nécessite l'utilisation d'un savon antiseptique ou d'un rince-mains antiseptique (sans eau à base d'alcool).
Gants	✓	◆ Non stériles, de bonne qualité, étiquetés à usage médical.
Masque (pour le travailleur)	✓ N-95	◆ Lorsqu'on ne peut avoir recours à une enceinte de biosécurité.
Protection oculaire	✓	◆ Si on anticipe une contamination des yeux ou de la bouche par du sang ou des liquides biologiques et que l'on n'a pas recours à une enceinte de biosécurité ou à un écran de protection. ◆ Utiliser un écran facial jetable (modèle qui n'interfère pas avec le port d'un masque N-95).
Blouse manches longues	Sarrau de routine	◆ Port de la blouse lors de procédures susceptibles de créer des aérosols (sous une enceinte de biosécurité).
Mesures organisationnelles spécifiques²³	◆ Décontaminer les surfaces de travail et le matériel utilisé après traitement des échantillons.	
	◆ Transport des échantillons : respecter la réglementation en vigueur.	

21 Ces recommandations ne s'appliquent pas aux laboratoires effectuant des cultures virales. Dans ce dernier cas, le niveau de confinement exigé est celui pour les agents infectieux de risque 3.

22 On doit éviter toute projection non sécurisée d'aérosols. Centrifuger les échantillons respiratoires et tissulaires dans des rotors de centrifugeuse ou des pots à échantillons étanches qu'il faudra manipuler de préférence dans une enceinte de biosécurité.

23 D'autres mesures organisationnelles peuvent également être nécessaires.

TABLEAU 6 : Recommandations sur les mesures de prévention pour la MANIPULATION et le TRANSPORT DES DÉPOUILLES HUMAINES²⁴

Mesures de prévention individuelles des infections (travailleur)	NIVEAU DE PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉ	
	Précautions additionnelles contre la transmission par CONTACT + GOUTTELETTES + (VOIE AÉRIENNE) ^{24, 25}	
Lavage des mains	✓	◆ Nécessite l'utilisation d'un savon antiseptique ou d'un rinçage-mains antiseptique (sans eau à base d'alcool). ◆ Ne pas utiliser le lavabo de la chambre du patient.
Gants	✓	◆ Les gants doivent être portés dans la chambre du patient. ◆ Le port de gants n'est pas nécessaire pour le transport du corps dans les corridors de l'hôpital puisque le corps est recouvert d'un drap, d'un linceul ou d'un sac à dépouille propre. Après le transport du corps, il faut se laver les mains et désinfecter la civière.
Masque (pour le travailleur)	✓ N-95	◆ Le masque N-95 doit être porté à l'intérieur de la chambre. ◆ Le port d'un masque N-95 n'est pas nécessaire pour le transport du corps dans les corridors de l'hôpital puisque le patient ne respire plus et qu'il est recouvert d'un drap, d'un linceul ou d'un sac à dépouille.
Protection oculaire	✓	◆ Lors de la manipulation à l'intérieur de la chambre, utiliser un écran facial jetable (choisir un modèle qui n'interfère pas avec le masque N-95) ou des lunettes étanches (« goggles ») que l'on doit désinfecter si elles ne sont pas jetables. ◆ Le port de protection oculaire n'est pas nécessaire pour le transport du corps dans les corridors de l'hôpital puisque le patient ne respire plus et qu'il est recouvert d'un drap, d'un linceul ou d'un sac à dépouilles.
Blouse manches longues	✓	◆ Porter la blouse à manches longues à l'intérieur de la chambre lors de la manipulation. ◆ Le port d'une blouse à manches longues n'est pas nécessaire pour le transport du corps dans les corridors de l'hôpital puisque le corps est recouvert d'un drap, d'un linceul ou d'un sac à dépouille propre.

²⁴ En tout temps, lors du transport et de la manipulation des dépouilles humaines, éviter d'exercer une pression sur l'abdomen ou le thorax afin d'empêcher les éclaboussures ou la projection de liquides biologiques, excréments ou sécrétions.

²⁵ Un protocole de travail écrit et une formation préalable sont essentiels afin de réduire les risques de bris de protocole. Celui-ci devra préciser dans quel ordre et comment mettre et enlever l'équipement de protection recommandé, où en disposer et quoi faire en cas de bris de protocole.

TABLEAU 7 : Recommandations sur les mesures de prévention pour les AUTOPSIES²⁶

Mesures de prévention individuelles des infections (travailleur)	NIVEAU DE PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉ	
	Précautions additionnelles contre la transmission par CONTACT + GOUTTELETTES + VOIE AÉRIENNE ²⁷	
	Pour la manipulation des petits spécimens non traités, consulter les recommandations sur les mesures de prévention en laboratoire (tableau 5).	
Lavage des mains	✓	♦ Nécessite l'utilisation d'un savon antiseptique ou d'un rince-mains antiseptique (sans eau à base d'alcool).
Gants	✓	♦ Port de gants plus résistants pour les procédures où le risque de perforation ou de déchirure est plus grand ♦ Port de gants tissés d'acier ou autre résistants aux coupures et à la perforation entre les gants à usage médical.
Masque (pour le travailleur)	✓	♦ Porter un masque N-95 même si port d'un APR à épuración d'air motorisé (PAPR).
Protection oculaire	✓	♦ Pour protéger les muqueuses de la projection de gouttelettes. ♦ Utiliser un écran facial jetable (choisir un modèle qui n'interfère pas avec le masque N-95) ou des lunettes étanches (« goggles ») que l'on doit désinfecter si elles ne sont pas jetables. ♦ L'utilisation d'un APR à épuración d'air motorisé procure la protection oculaire requise.
Blouse manches longues	✓	♦ Utiliser également un tablier imperméable.
Bottes imperméables	✓	
Mesures organisationnelles spécifiques²⁹	♦ Effectuer l'autopsie en fin de journée. ♦ Après l'autopsie, respecter le délai de réentrée recommandé³⁰ avant d'utiliser à nouveau la salle.	

²⁶ En tout temps, lors du transport et de la manipulation des dépouilles humaines, éviter d'exercer une pression sur l'abdomen ou le thorax afin d'empêcher les éclaboussures ou la projection de liquides biologiques, excréments ou sécrétions.

²⁷ Un protocole de travail écrit et une formation préalable sont essentiels afin de réduire les risques de bris de protocole. Celui-ci devra préciser dans quel ordre et comment mettre et enlever l'équipement de protection recommandé, où en disposer et quoi faire en cas de bris de protocole.

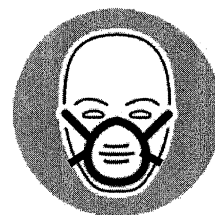
²⁸ Le masque N-95 utilisé adéquatement et avec les autres équipements de protection nécessaires (protection oculaire, gants, survêtement, etc.) est considéré suffisant pour prévenir la transmission par voie aérienne. Toutefois, des appareils de protection respiratoire offrant des facteurs de protection supérieurs sont disponibles et pourraient aussi être utilisés. À ce titre, le groupe de travail suggère d'utiliser, **par dessus le masque N-95, un PAPR à composants jetables**. Dans ce cas, la protection oculaire n'est plus requise puisque le PAPR, qui recouvre entièrement la tête et une partie des épaules, confère cette protection.

²⁹ D'autres mesures organisationnelles peuvent également être nécessaires.

³⁰ Respecter la période de temps requise pour permettre aux aérosols de l'agent infectieux d'être éliminés par le système de ventilation. Après ce délai, la transmission par voie aérienne cesse puisque l'agent infectieux n'est plus en suspension dans l'air (Référence : Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada. RMTCC 1996; 22S1 : p 51 Annexe F).

Masque N-95

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)



Fiche technique d'utilisation pour les travailleuses et travailleurs de la santé

Le port du masque jetable N-95 contribue à prévenir l'exposition des voies aériennes au virus du SRAS. Il est un des éléments des mesures de prévention et de contrôle du SRAS. L'utilisation d'appareils de protection respiratoire (APR), incluant les masques jetables, doit être encadrée par un programme de protection respiratoire déterminé par le Règlement sur la santé et la sécurité du travail (RSST). Le choix des APR doit se faire de façon paritaire.

CARACTÉRISTIQUES

- ❖ Filtre les particules : prévient l'exposition à plusieurs agents infectieux, à la poussière, aux fumées et aux brouillards.
- ❖ Est composé d'un filtre mince qui couvre le nez, la bouche et le menton, tenu en place par deux attaches, et généralement, d'une bande métallique nasale.
- ❖ Peut inclure une soupape d'expiration. **Toutefois, le masque avec soupape expiratoire ne doit jamais être porté par une personne qui a une infection respiratoire ou en présence d'un champ stérile.**

CHOIX DU MASQUE

- ❖ S'assurer que le masque porte l'inscription N-95; ceci certifie qu'il répond aux exigences de NIOSH¹ et du RSST.
- ❖ Choisir un modèle **jetable** pour réduire les risques de contamination secondaire.
- ❖ Procéder au choix du type de masque le plus approprié (marque, grandeur et forme) pour chaque travailleur en effectuant un test d'ajustement annuel (« fit test » en anglais).

LIMITES D'UTILISATION

- ❖ Pour une étanchéité optimale, **la peau du visage doit être bien rasée.**
- ❖ Si le masque est mal ajusté, il y a risque d'infiltration de l'agent pathogène du SRAS par le pourtour, car l'inspiration produit une pression négative à l'intérieur du masque.
- ❖ Peut causer un certain inconfort.

¹ National Institute of Occupational Safety and Health (États-Unis).

QUAND DOIT-ON METTRE LE MASQUE N-95?

- ❖ Dès qu'il faut faire l'évaluation ou donner des soins et services à un patient atteint ou soupçonné d'être atteint du SRAS.
- ❖ Pour toute procédure à haut risque de générer des aérosols chez un patient atteint ou soupçonné d'être atteint du SRAS.

AVANT CHAQUE UTILISATION

- ❖ Utiliser un masque N-95 du modèle, de la forme et de la grandeur appropriés déterminés lors du test d'ajustement annuel.
- ❖ Vérifier l'état du masque (trous, fissures, bris, déformations, relâchement de l'élastique ou des attaches) et le changer s'il semble détérioré.
- ❖ Pour une efficacité maximale, **placer l'attache supérieure au-dessus des oreilles, sur le derrière de la tête, et l'attache inférieure, sous les oreilles pour rejoindre la nuque** (les deux attaches sont nécessaires au maintien de l'étanchéité du masque et ne doivent pas se croiser).
- ❖ Vérifier l'ajustement du masque au visage :
 - ♦ masque et pince nasale (si le masque en possède une) stables et bien accolés sur les joues et le nez;
 - ♦ menton recouvert par le masque;
 - ♦ capacité de parler avec le masque en place;
 - ♦ capacité de tourner et de baisser la tête sans déplacer le masque.
- ❖ Vérifier l'étanchéité du masque (test d'étanchéité) en effectuant les étapes suivantes :
 1. Placer les deux mains par-dessus le masque sans l'écraser (il faut éviter de déformer le masque) pour percevoir les fuites d'air.
 2. Expirer ou inspirer (si un masque avec soupape expiratoire est utilisé, s'assurer de boucher la soupape avec les mains lors de l'expiration).
 3. S'il y a une fuite d'air autour du nez, du menton ou sur les joues, repositionner le masque au besoin jusqu'à ce qu'il n'y ait aucune fuite d'air.
- ❖ Si le masque possède une soupape d'expiration, s'assurer que celle-ci n'est pas obstruée et que l'ensemble est en bonne condition.

PROCÉDURE À SUIVRE

- ❖ Pour mettre le masque N-95, avec les autres équipements de protection individuelle :

Avant d'entrer dans la chambre

1. Mettre le masque de façon à ce qu'il recouvre complètement le menton et le nez.
2. Placer l'attache inférieure sur la nuque, sous les oreilles, et l'attache supérieure sur le dessus de la tête; les attaches ne doivent pas se croiser.
3. Vérifier l'ajustement du masque au visage et faire un test d'étanchéité tel que décrit plus haut.
4. Se laver les mains avec un rince-mains antiseptique sans eau à base d'alcool.
5. Mettre la blouse à manches longues et attacher les cordons au cou et au dos.
6. Mettre l'écran facial jetable.
7. Mettre les gants par-dessus les manches de la blouse pour recouvrir les poignets.

- ❖ Pour retirer le masque N-95, avec les autres équipements de protection individuelle :

Dans la chambre, juste avant de sortir :

1. Retirer les gants et les jeter.
2. Se laver les mains avec un rince-mains antiseptique sans eau à base d'alcool.
3. Retirer la blouse en la retournant et en évitant de toucher aux parties extérieures, et la jeter.
4. Se laver les mains avec un rince-mains antiseptique sans eau à base d'alcool.
5. Sortir de la chambre.

Après avoir quitté la chambre ou dans l'antichambre :

6. Retirer l'écran facial jetable en le tenant par la bande élastique pour éviter de se contaminer et le jeter.
7. Se laver les mains avec un rince-mains antiseptique sans eau à base d'alcool.
8. Enlever soigneusement le masque à l'aide des attaches en évitant de se contaminer et le jeter.
9. Se laver les mains avec un rince-mains antiseptique sans eau à base d'alcool.

QUAND DOIT-ON JETER LE MASQUE N-95?

- ❖ Si le masque a été contaminé par du sang, d'autres liquides biologiques, des sécrétions ou des excréments.
- ❖ Si le masque devient humide ou s'il est endommagé.
- ❖ Tout de suite après l'évaluation d'un patient atteint ou soupçonné d'être atteint du SRAS (ex. : au triage).
- ❖ En sortant de la chambre d'un patient atteint ou soupçonné d'être atteint du SRAS.

Fiche technique complémentaire :

APR à épuration d'air motorisé – Syndrome respiratoire aigu sévère : Fiche technique d'utilisation pour les travailleuses et travailleurs de la santé lors de situations à haut risque de générer des aérosols, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (version du 2003-11-19).

APR à épuration d'air motorisé

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)



Fiche technique d'utilisation pour les travailleuses et travailleurs de la santé lors de situations à haut risque de générer des aérosols

Lors de procédures à haut risque de génération d'aérosols (ex. : administration de médicaments aérosolisés, bronchoscopie, intubation endotrachéale), le masque N-95, utilisé adéquatement et avec les autres équipements de protection nécessaires (gants, protection oculaire, survêtement, etc.) est considéré suffisant pour prévenir la transmission du SRAS. Toutefois, des appareils de protection respiratoire (APR) offrant des facteurs de protection supérieurs sont disponibles et pourraient aussi être utilisés. Il est proposé d'utiliser, par-dessus le masque N-95, un appareil de protection respiratoire (APR) à épuration d'air motorisé communément appelé en anglais « PAPR » (Powered Air-Purifying Respirators).

L'utilisation de l'APR à épuration d'air motorisé est un des éléments des mesures de prévention et de contrôle du SRAS et doit être encadrée par un programme de protection respiratoire déterminé par le Règlement sur la santé et la sécurité du travail (RSST). Le choix des APR doit se faire de façon paritaire.

CARACTÉRISTIQUES

- ❖ Appareil à épuration d'air ambiant, muni d'un filtre à particules, dont l'apport d'air est assisté par un système motorisé, avec cagoule recouvrant complètement la tête et le cou ainsi qu'une partie des épaules et du tronc.
- ❖ Filtre les particules : prévient l'exposition à plusieurs agents infectieux, à la poussière, aux fumées et aux brouillards.
- ❖ Est composé d'une cagoule non hermétique, d'un boyau d'alimentation d'air, d'un filtre à particules à haute efficacité (HEPA) ou de la série N-100 intégré à une pompe (soufflante). La pompe est activée par un moteur porté à la taille.

CHOIX DE L'APR

- ❖ S'assurer que l'APR à épuration d'air motorisé porte l'inscription TC-21C ou TC-84A; ceci certifie qu'il répond aux exigences de NIOSH¹ et du RSST.
- ❖ Choisir un modèle dont la **cagoule et le boyau d'alimentation d'air sont jetables** (réduit les risques de contamination secondaire et simplifie la désinfection, l'entretien et l'entreposage).
- ❖ La pompe (soufflante) du système motorisé doit fournir au moins 170 litres/min.

¹ National Institute of Occupational Safety and Health (États-Unis).

AVANTAGES

- ❖ Améliore le confort du travailleur en procurant un effet rafraîchissant.
- ❖ Confère aussi une protection oculaire (le port d'un écran facial jetable n'est donc pas requis).
- ❖ Offre une plus grande protection.

LIMITES D'UTILISATION

- ❖ Toujours utiliser l'APR à épuration d'air motorisé **par-dessus un masque N-95** afin d'assurer une continuité de la protection lorsque la cagoule sera enlevée dans la chambre.
- ❖ Comme l'APR à épuration d'air motorisé est utilisé avec un masque N-95, **la peau du visage doit être bien rasée.**
- ❖ Exige une procédure sécuritaire pour le changement du filtre et une attention particulière pour l'entretien, la désinfection et l'entreposage de la pompe.
- ❖ Autonomie de la batterie limitée ($\pm$ 8 heures).
- ❖ Ne doit pas être modifié et doit toujours être utilisé avec les pièces du même fabricant et du même modèle.

QUAND PEUT-ON METTRE L'APR À ÉPURATION D'AIR MOTORISÉ?

- ❖ Lors des procédures à haut risque de générer des aérosols chez un patient atteint ou soupçonné d'être atteint du SRAS, selon la décision prise localement dans l'établissement.

AVANT CHAQUE UTILISATION

- ❖ Vérifier le débit de la pompe (soufflante).
- ❖ Vérifier l'état de l'APR à épuration d'air motorisé (fissures, bris, déformations, etc.).
 - ☞ *En cas de défectuosité, ne pas tenter d'ouvrir la pompe. Utiliser un autre APR à épuration d'air motorisé.*

PROCÉDURE À SUIVRE

- ❖ Pour mettre l'APR à épuration d'air motorisé, avec les autres équipements de protection individuelle (l'assistance d'une 2^e personne est recommandée) :

Avant d'entrer dans la chambre

1. Mettre un masque N-95, bien l'ajuster au visage et faire un test d'étanchéité.
2. Installer la pompe à la taille.
3. Se laver les mains avec un rince-mains antiseptique sans eau à base d'alcool.
4. Mettre la blouse à manches longues et l'attacher au cou.
5. Mettre la cagoule avec son boyau d'alimentation en air.
6. Actionner le moteur, puis terminer d'attacher la blouse à la taille, par-dessus la pompe.
7. Mettre les gants par-dessus les manches de la blouse pour recouvrir les poignets.

- ❖ Pour retirer l'APR à épuration d'air motorisé, avec les autres équipements de protection individuelle (l'assistance d'une 2^e personne est recommandée) :

Dans la chambre, juste avant de sortir :

1. Retirer les gants et les jeter.
2. Se laver les mains avec un rince-mains antiseptique sans eau à base d'alcool.
3. Retirer la cagoule et le boyau, et les jeter.
4. Se laver les mains avec un rince-mains antiseptique sans eau à base d'alcool.
5. Retirer la blouse en la retournant et en évitant de toucher aux parties extérieures, et la jeter.
6. Se laver les mains avec un rince-mains antiseptique sans eau à base d'alcool.
7. Sortir de la chambre.

Après avoir quitté la chambre ou dans l'antichambre :

8. Retirer la pompe et la désinfecter avec un produit de désinfection virucide usuel recommandé pour usage hospitalier. **Ce produit ne doit pas contenir d'alcool ni de lanoline** (risquerait de détériorer la pompe).
9. Retirer le masque N-95 à l'aide des attaches et le jeter.
10. Se laver les mains avec un rince-mains antiseptique sans eau à base d'alcool.

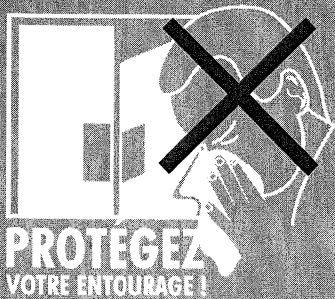
 Notes :

La pompe doit être entreposée et entretenue selon les recommandations du fabricant en tenant compte des besoins particuliers pour les risques biologiques.

On doit prévoir une procédure sécuritaire de changement du filtre. La fréquence et la technique optimales de changement du filtre doivent être déterminées localement. Elles feront l'objet de recommandations à venir.

Fiche technique complémentaire :

Masque jetable N-95 – Syndrome respiratoire aigu sévère : Fiche technique d'utilisation pour les travailleuses et travailleurs de la santé, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (version du 2003-11-19).



Si vous éprouvez des symptômes qui ressemblent à ceux de la grippe (influenza) :
forte fièvre, toux, fatigue, mal de tête, courbatures, mal de gorge, écoulement nasal, etc.

**Nous vous suggérons de prendre soin de vous et de repousser
de quelques jours vos visites à vos proches.**

Pour les personnes affaiblies par l'âge ou la maladie, la grippe peut entraîner des complications graves et même la mort.

Vous éviterez la propagation du virus de la grippe et protégerez ainsi votre entourage.

Vous êtes peut-être éligible à la VACCINATION GRATUITE CONTRE L'INFLUENZA. Informez-vous à votre CLSC ou à un professionnel de la santé (médecin, infirmière).

Je protège les autres



En cas de fièvre et de toux, je porte un masque



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de santé publique

Si vous faites

FIÈVRE

et

TOUX

faites preuve de civisme
dites-le à la réception

Si vous faites

FIÈVRE

et

TOUX

faites preuve de civisme
dites-le à la réception

**SECTION RÉSERVÉE
AUX PERSONNES QUI PORTENT
UN MASQUE**

OUTIL #13 - ANNEXE A

GESTION DES CAS DE SRAS, DES CONTACTS ET DES RETOURS DE ZONE AFFECTÉE*

GESTION DES CAS :

Cas probables ou cas suspect en contact avec cas probable	Hospitalisation en isolement respiratoire. L'isolement doit être maintenu jusqu'à 10 jours après la disparition de la fièvre et de la toux (ou toux en voie de guérison) ¹
Autres cas suspects	Selon l'état clinique, hospitalisation en isolement respiratoire ou isolement à la maison ² jusqu'à 10 jours après la dernière exposition et jusqu'à 72 heures après résolution de la fièvre (sans prise de médication antipyrétique;). Dans ce dernier cas, suivi quotidien par la Direction de santé publique.
Cas sous enquête³	Isolement jusqu'à 72 heures après disparition de la fièvre (sans prise de médication antipyrétique).

1 S'applique également aux « **Personnes liées géographiquement** » i.e. les personnes répondant aux critères suivants :
Fièvre > 38 °C et toux ou difficulté à respirer

et
Admission à l'hôpital en raison d'une maladie respiratoire sévère suggérant une pneumonie atypique ou un syndrome de détresse respiratoire aiguë sans cause connue pour expliquer pleinement.

et
Un séjour récent (10 jours et moins avant le début des symptômes) dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence (Chine, Taiwan, Hong Kong).

2 Si patient demeure à domicile : doit avoir téléphone. Si tour d'appartements pas de ventilation centrale.

3 Cas sous enquête : fièvre > 38 °C ET céphalée, frissons, malaises, myalgie ou raideurs ET contact avec un cas probable ou histoire récente (≤ 10 jours) de voyage dans une zone affectée.

GESTION DES CONTACTS ÉTROITS⁴ D'UN CAS : (comme le statut du cas peut évoluer, le suivi du contact sera ajusté en conséquence)

GESTION DES CONTACTS		
D'un cas probable (avec lien épidémiologique)	D'un cas suspect ou d'une « personne liée géographiquement »	D'un cas sous enquête
Contact symptomatique: Devrait être pris en charge comme un cas suspect ou sous enquête selon les symptômes. Contact asymptomatique: Devrait être mis en quarantaine à la maison avec un suivi quotidien par la santé publique pour une période de 10 jours à partir de la dernière exposition à un cas probable. Si les symptômes se développent, gérer comme un cas.	Contact symptomatique: Devrait être pris en charge comme un cas suspect ou sous enquête selon les symptômes Contact asymptomatique: Pas de restriction d'activité. Autosurveillance de la température et des symptômes pour une période de 10 jours après l'exposition. Suivi par la santé publique minimalement au jour 0, 3 et 10 jours après la date de l'exposition. Si les symptômes se développent, gérer comme un cas.	Contact symptomatique: Gérer comme un cas sous enquête. À revoir selon l'évolution clinique du cas index. Contact asymptomatique: Pas de restriction d'activité. Autosurveillance de la température et des symptômes pour une période de 10 jours après le dernier contact. Si la personne développe des symptômes, il faut alors la gérer comme un contact symptomatique.

GESTION DES VOYAGEURS : Autosurveillance de la température et des symptômes pour 10 jours après avoir quitté la zone affectée. Pas de restriction d'activité si absence de **fièvre**.

⁴ Contact étroit : Personne ayant donné des soins (sans protection appropriée), ayant vécu sous le même toit, ayant eu un contact face à face (moins d'un mètre) ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides biologiques d'un cas de SRAS.

* Adapté des recommandations de Santé Canada.

Annexe B

AVIS SCIENTIFIQUE

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins

CONTEXTE ET DONNÉES

L'émergence du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2002 s'est traduite par une épidémie dont la transmission est, heureusement, actuellement déclarée interrompue (Organisation Mondiale de la Santé, annonce faite le 5 juillet 2003). Cependant, la possibilité d'une résurgence du SRAS constitue quand même une menace globale de santé publique dont les répercussions médicales (hospitalières et communautaires) pourraient être considérables puisque sa gravité est significative : sa létalité globale atteint 10 à 15 % (mais elle est de plus de 50 % chez les patients âgés de 65 ans et plus) et sa morbidité est importante (ex. : insuffisance respiratoire, séjour prolongé à l'hôpital). La transmission nosocomiale de l'agent étiologique, le Coronavirus-SRAS (CoV-SRAS), en milieu de soins et sa facilité à infecter des travailleurs de la santé, d'autres patients hospitalisés et même des visiteurs soulignent l'importance d'appliquer consciencieusement et en tout temps les mesures reconnues de prévention des infections (Abdullah et autres 2003, JAMC 2003, Varia et autres 2003).

Les éclosions annuelles d'influenza et de gastroentérites virales mettent aussi en lumière la facilité d'introduction et la rapidité de transmission de certains virus en milieu de soins, en particulier en milieu gériatrique ou pédiatrique (Fichier éclosions INSPQ/LSPQ). Ces éclosions fréquentes combinées à la menace d'une pandémie d'influenza, d'infections en émergence ou d'une résurgence du SRAS (associées à la rapidité des transports de passagers) nous sensibilisent aussi au problème de l'introduction et de la transmission des infections en milieu de soins.

Tout comme cela avait été le cas pour l'infection par le VIH et les autres infections transmissibles par le sang dans les années 80, ces réalités nous forcent à revoir nos mesures préventives et à les adapter de façon à être mieux préparés à répondre à de nouvelles menaces en milieu de soins. **La stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins est détaillée dans les prochaines sections et illustrée dans l'algorithme décisionnel 1 à la page 14 du présent document.** Cette stratégie comporte (1) des mesures usuelles à consolider et (2) certaines nouvelles mesures à instaurer selon le contexte épidémiologique.

MESURES USUELLES À CONSOLIDER

Plusieurs mesures préventives usuelles, rappelées ci-dessous, doivent faire l'objet d'une attention particulière en milieu de soins (DGSPSP 1996, DGSPSP 1998, DGSPSP 1999, HICPAC 1996, CDC 1994, CDC 1994a).

- **Mesures d'hygiène et pratiques de base en milieu de soins**

Les mesures simples d'hygiène, notamment le lavage des mains, devraient être appliquées couramment et, tout particulièrement, en milieu de soins. Diverses stratégies, telles que fournir des informations appropriées et rendre disponible des postes de lavage des mains ou des distributeurs de rince mains antiseptique, ont été proposées pour améliorer l'adhésion au lavage des mains (DGSPSP 1998, DGSPSP 2002). L'application soignée de mesures d'hygiène peut certainement contribuer à réduire le risque de transmission d'infection en milieu de soins (DGSPSP 1998, HICPAC 1996). **L'encadré 1**, présenté à la page 10, fournit une liste de mesures d'hygiène qui peuvent être appliquées, par exemple, à l'urgence, en clinique externe ou à l'étage en milieu hospitalier et proposent quelques moyens qui peuvent faciliter leur application en milieu de soins.

Les pratiques de base doivent être intégrées en tout temps aux soins courants dispensés à tous les patients en milieu de soins. Ces pratiques précisent les modalités (1) du lavage et de l'antisepsie des mains, (2) du port de gants, (3) du port de masque, (4) du port de lunettes protectrices et de l'écran facial, (5) du port de la blouse, (6) de l'hébergement, (7) de l'équipement servant aux soins des patients et (8) du contrôle de l'environnement. Les pratiques de base à appliquer dépendent du risque de contamination lors des gestes médicaux ou infirmiers prodigués au patient. Par exemple, les pratiques de base prévoient entre autres qu'il faut porter un masque et des lunettes protectrices ou un écran facial pour protéger les muqueuses du visage pendant toute intervention de soins aux patients qui risquent de provoquer des éclaboussures ou la projection de gouttelettes de sang ou de liquides organiques comme lors d'une réanimation cardiorespiratoire ou d'une intubation (DGSPSP 1999).

Note : Les pratiques de base sont définies pour les soins actifs, les soins prolongés, les soins ambulatoires et les soins à domicile et sont décrites dans un document publié par Santé Canada (DGSPSP 1999).

- **Précautions additionnelles selon le tableau clinique**

Avant qu'un diagnostic étiologique ne soit posé, il est important que le personnel soignant applique des précautions additionnelles selon le tableau clinique du patient qui consulte, notamment en milieu hospitalier (DGSPSP 1999, DGSPSP 2002) (pour plus de détails, le lecteur peut consulter le tableau récapitulatif *Caractéristiques de transmission et précautions empiriques selon le tableau clinique : recommandations pour les établissements de soins actifs* aux pages 93 à 101 de la référence DGSPSP 1999). Préféablement, les précautions additionnelles selon le tableau clinique devraient être appliquées pour tout patient, incluant les patients « admis ou en investigation » à l'urgence. Dans ce contexte, la décision d'appliquer ces précautions dépend du mode de transmission associé aux symptômes du patient ou selon son diagnostic présumé. Le personnel se protégera et protégera d'autant mieux les autres patients si un patient est identifié rapidement comme à risque de propager une infection selon un mode de transmission déjà ciblé. Par exemple, les précautions additionnelles selon le tableau clinique peuvent comprendre le placement d'un patient en chambre à pression négative si, par exemple, une tuberculose infectieuse ou une varicelle est

présumée. L'encadré 2, placé à la page 11, résume les précautions additionnelles selon le tableau clinique pour un patient qui présente de la fièvre et de la toux (DGSPSP 1999). Le tableau 1, placé à la page 13, présente les précautions additionnelles selon le tableau clinique à mettre en place selon les symptômes présentés (fièvre et toux, diarrhée ou vomissements non contrôlés) par les patients à la salle d'urgence.

- **Précautions additionnelles selon le diagnostic étiologique**

Une fois le diagnostic étiologique précisé chez un patient admis ou en investigation, on doit réévaluer la nécessité de recourir aux précautions additionnelles mises en place sur la foi du tableau clinique. Il est important de noter que, dans un établissement de soins actifs, les pratiques de base ou les précautions additionnelles requises devraient être appliquées peu importe l'endroit où se trouve ce patient diagnostiqué (ex. : à l'urgence, à l'étage) (DGSPSP 1996, DGSPSP 1999).

Note : Les précautions additionnelles contre la transmission aérienne, par contact ou par gouttelettes sont définies et décrites selon qu'il s'agit de soins actifs, de soins prolongés, de soins ambulatoires ou de soins à domicile dans un document publié par Santé Canada (DGSPSP 1999) (le lecteur peut aussi consulter le tableau récapitulatif *Caractéristiques de transmission et précautions selon l'étiologie précise : recommandations pour les établissements de soins actifs* aux pages 102 à 126 de la même référence).

NOUVELLES MESURES À INSTAURER SELON LE CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE
--

De nouvelles mesures préventives ont été proposées pour réduire le risque de propagation d'infections en milieu de soins (OMS 2003, CDC 2003, DGSPSP 1999, DGSPSP 2002). Ces mesures devraient être appliquées :

- en période de transmission d'infections respiratoires (ex. : influenza, virus respiratoire syncytial);
- en période de transmission de gastro-entérites (ex. : norovirus, rotavirus);
- en période de résurgence du SRAS dans le monde;
- ou dans toute autre situation épidémiologique, selon le jugement du personnel en prévention des infections.

Les sections suivantes décrivent ces nouvelles mesures préventives.

- **Étiquette pour tout patient fébrile* avec de la toux**

Plusieurs virus respiratoires (ex. : influenza, adénovirus, virus respiratoire syncytial, métapneumovirus, parainfluenza) partagent des caractéristiques de transmission avec, entre autres, le CoV-SRAS et peuvent aussi être fréquemment transmis en milieu de soins (Musher 2003). D'ailleurs, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) supposent que l'adhésion de tout patient présentant de la fièvre et de la toux à l'étiquette « respiratoire » dès son arrivée en milieu de soins puisse réduire le risque de transmission à partir de patients infectés par le CoV-SRAS mais non reconnus comme tels, et prévenir la propagation d'agents pathogènes respiratoires plus communs (CDC 2003). Pour implanter la pratique de l'étiquette pour le patient présentant de la fièvre et de la toux, il est nécessaire de mettre en place un

* Un patient est considéré comme fébrile si la température est plus grande ou égale à 100,4 °F ou 38,2 °C ou s'il rapporte s'être senti fiévreux dans les dernières 48 heures.

ensemble de mesures décrites dans l'encadré 3, placé à la page 12. L'application de l'étiquette « respiratoire » devrait être proposée à tout patient fébrile avec de la toux qui pénètre en milieu de soins (ex. : salle d'attente en clinique médicale, en CLSC, en salle d'urgence, en milieu hospitalier) (OMS 2003a, CDC 2003, HKHA 2003).

Par ailleurs, le *Mycobacterium tuberculosis* peut se transmettre par voie aérienne (aérosol) et l'identification d'un patient infecté et contagieux peut permettre d'éliminer le risque de transmission par une application rapide des autres mesures appropriées (Frieden et autres 2000, NIOSH 1996).

- **Précautions additionnelles selon le tableau clinique : mesure élargie aux adultes présentant de la fièvre et de la toux**

Les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et par contact sont recommandées d'emblée pour tout enfant présentant de la fièvre et de la toux, admis ou en investigation à l'urgence d'un établissement pédiatrique (DGSPSP 1999). Selon le contexte épidémiologique ou le jugement du personnel de prévention des infections, ces précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et par contact[†] devraient aussi être appliquées à tout adulte présentant de la fièvre et de la toux dès l'admission ou s'il y a investigation à l'urgence.

- **Situation épidémiologique particulière requérant un triage rapide ou un pré triage**

Le **triage rapide** est une évaluation sommaire des motifs de consultation de tout patient dès son entrée en milieu de soins. Le plus souvent, le triage est effectué par une infirmière. En période d'affluence (ex. : durant le pic d'activité des virus respiratoires, en période d'éclosion), à cause du délai entre l'entrée du patient en milieu de soins et le moment de son évaluation au triage, il peut être nécessaire d'établir un **pré triage** qui permet de cibler rapidement certaines clientèles particulières (ex. : patient qui présente de la fièvre et de la toux) afin de prendre rapidement certaines mesures (ex. : étiquette «respiratoire», précautions selon le tableau clinique). Le pré triage pourra être effectué par une infirmière ou par un membre formé du personnel selon la situation épidémiologique qui prévaudra.

Le SRAS a mis en relief l'importance d'être vigilant et d'appliquer de façon précoce des mesures de prévention des infections comme l'instauration d'un triage rapide des patients ayant de la fièvre et de la toux qui se présentent en milieu de soins (Skorowski 2003). En effet, le triage rapide des patients en milieu de soins ou un pré triage en période d'affluence peut permettre :

- d'identifier rapidement les patients infectieux;
- d'instaurer rapidement les mesures de prévention appropriées dès l'entrée de ces patients dans un milieu de soins;
- d'empêcher la transmission d'agents infectieux aux autres patients présents en milieu de soins (ex. : salle d'attente de l'urgence) ou aux membres du personnel soignant.

Les États-Unis ont déjà inclus des mesures spécifiques de triage rapide pour tout patient se présentant avec de la fièvre et de la toux en milieu de soins selon les recommandations du programme global de prévention des maladies infectieuses d'origine respiratoire comme pour la tuberculose (NIOSH 1995, HICPAC 1996). D'ailleurs, les CDC recommandent toujours qu'un patient vu dans une salle d'urgence, qui présente de la fièvre et de la toux (surtout si le

[†] Dans ce contexte, le port de la blouse pourrait être optionnel.

patient est symptomatique depuis deux semaines), soit placé dans une pièce isolée ou porte un masque pour protéger d'une éventuelle tuberculose, les autres patients ou les travailleurs de la santé. Une expérience canadienne laisse penser que la vigilance et une application précoce de mesures préventives dès l'arrivée d'un patient malade en milieu de soins (ex. : précautions additionnelles selon le tableau clinique comportant, entre autres, masque de type chirurgical ou de procédure au patient et isolement) a pu contribuer à empêcher la transmission secondaire du CoV-SRAS à Vancouver (Skowronski 2003). Une approche comparable, basée sur le triage rapide des patients et l'application de l'étiquette « respiratoire », est reprise dans la dernière version du guide américain de prévention du SRAS (CDC 2003) de même que dans les conseils en matière de lutte contre l'infection nosocomiale de l'OMS (OMS 2003a).

Au Québec, des modalités de triage rapide appliquées afin d'évaluer le risque infectieux de tout patient, sont déjà implantées par plusieurs milieux pédiatriques ou adultes de certaines régions fortement sensibilisés à cette réalité. **Un système de pré triage devrait être mis en place si le triage rapide est difficilement applicable en période d'affluence à l'urgence comme :**

- **en période d'éclosion d'infections respiratoires (ex. : influenza);**
- **en période d'éclosion de gastro-entérites (ex. : norovirus);**
- **en période de résurgence du SRAS dans le monde;**
- **ou dans toute autre situation épidémiologique, selon le jugement du personnel en prévention des infections.**

En contexte d'éclosion, il serait essentiel d'identifier une ressource pour effectuer le pré triage durant les heures d'affluence. Durant les heures de moindre achalandage, le triage rapide pourrait être suffisant.

En pratique, la considération suivante devrait guider l'approche adoptée par un milieu de soins :

- **Tout patient sera jugé à risque de transmettre une infection en milieu de soins ou même d'avoir le potentiel de produire une éclosion en établissement, s'il présente :**
 - **de la fièvre accompagnée de toux;**
 - **de la diarrhée ou des vomissements incontrôlables présumés de cause infectieuse;**
 - **d'autres symptômes** tels que déterminés par le médecin, le service de prévention des infections d'un établissement ou par les autorités de santé publique selon la situation épidémiologique (ex. : menace de résurgence du SRAS, nouvelle souche d'influenza, éclosion de méningite ou d'encéphalite, éclosion de gastro-entérite dans un établissement ou dans la région).

Par conséquent, il serait utile en tout temps :

- Que tout patient (ainsi que toute personne qui l'accompagne ou le visite) qui se présente en milieu de soins soit invité à se laver les mains.
- Que tout patient soit sensibilisé aux mesures préventives et d'hygiène qui réduisent les risques de transmission en milieu de soins (ex. : affiches ou dépliants avec pictogrammes sur le lavage des mains).
- Que tout patient soit, dès son arrivée, questionné sur la présence ou non de **fièvre** (ou de symptômes la suggérant) **et de toux**, tout particulièrement durant la période saisonnière de recrudescence ou d'activité (ex. : influenza) (Santé Canada 2003).

De plus, selon la situation épidémiologique, il pourra être nécessaire pour tout patient présentant de la fièvre avec toux ou d'autres symptômes :

- **Qu'un questionnaire épidémiologique comportant des questions supplémentaires soit instauré au moment du triage rapide ou du pré triage dans le but de détecter rapidement un patient potentiellement infecté et de prendre les précautions additionnelles requises selon le diagnostic suspecté** (ex. : si l'on désire en milieu de soins détecter rapidement un patient infecté par le CoV-SRAS, il sera nécessaire, en présence d'un patient présentant de la fièvre et de la toux, de vérifier si ce patient a séjourné au cours des deux dernières semaines dans une zone potentielle d'émergence ou de réémergence du SRAS ou s'il y a histoire d'un contact avec un voyageur atteint d'une maladie respiratoire sévère).
- Que le patient identifié à risque au triage rapide ou au pré triage selon les critères qui précèdent, soit évalué par une autorité compétente (ex. : infirmière du triage). Pour plus de détails, **l'encadré 2** à la page 11, **l'encadré 3** à la page 12, **le tableau 1** à la page 13 et **l'algorithme décisionnel 2** de la page 15 peuvent être consultés.

RECOMMANDATIONS

Compte tenu du contexte et des données présentées précédemment, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) est d'avis :

- Que les **mesures d'hygiène** en milieu de soins soient renforcées (voir l'**encadré 1** à la page 10). La disponibilité de salles de bain avec lavabos, bien équipées, approvisionnées régulièrement et nettoyées fréquemment doit être favorisée, et au besoin, installer des distributeurs de rince mains antiseptique ou fournir des serviettes antiseptiques dans des lieux stratégiques.
- Que les **pratiques de base** soient intégrées en tout temps aux soins courants dispensés à tous les patients en milieu de soins (pour plus de détails, voir le document de Santé Canada [DGSPSP 1999]).
- Que les **précautions additionnelles selon le tableau clinique**, soient mises en place et appliquées rigoureusement en milieu de soins au Québec et en particulier, pour tout patient admis en milieu hospitalier (voir l'**encadré 2** à la page 11 et le **tableau 1** à la page 13). L'admission doit inclure les patients « admis ou en investigation » à l'urgence. Dans ce contexte, la décision d'appliquer des précautions additionnelles se fera sur une base clinique tant que le diagnostic étiologique ne sera pas établi.
- Qu'au moins une **chambre à pression négative** soit disponible à la salle d'urgence en milieu hospitalier pour tout patient ayant un tableau clinique compatible avec une transmission aérienne (ex. : tuberculose contagieuse).
- Que l'application des **précautions additionnelles** instaurées initialement selon le tableau clinique d'un patient soient réévaluées à la lumière de son diagnostic étiologique. Ce processus de réévaluation des précautions devrait systématiquement être fait dès que le diagnostic étiologique est confirmé. (pour plus de détails, voir le document de Santé Canada [DGSPSP 1999]).
- Que les mesures regroupées sous l'appellation **étiquette « respiratoire »** (voir l'**encadré 3** à la page 12) soient proposées et applicables par tout patient présentant de la fièvre et de la toux qui pénètre en milieu de soins (ex. : salle d'attente, urgence, clinique médicale, CLSC, soins ambulatoires).
- Qu'idéalement ou en situation épidémiologique particulière, un système soit mis en place pour procéder au **triage rapide** de tout patient potentiellement contagieux au moment de leur entrée dans un milieu de soins. Le milieu de soins (ex. : centre hospitalier, salle d'urgence, clinique) sélectionnera la meilleure approche possible en tenant compte de son environnement, de l'affluence de la clientèle et de ses ressources.
- Qu'un système de **pré triage** soit mis en place si le triage rapide est difficilement applicable comme, par exemple, en période d'affluence à l'urgence et (1) en période d'éclosion d'infections respiratoires (ex. : influenza) ou (2) en période de résurgence du SRAS dans le monde ou (3) dans toute autre situation épidémiologique, selon le jugement du personnel en prévention des infections (voir l'**algorithme décisionnel 2**, pages 15).

IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS

Les membres du CINQ proposent que certaines mesures préventives soient mises en place de façon prioritaire par les différents milieux de soins.

- Dans le contexte d'une possible résurgence mondiale du SRAS, **le CINQ recommande que les milieux de soins concernés soient en mesure d'instaurer sans délai un triage rapide ou un pré triage de leur clientèle se présentant avec de la fièvre et de la toux, afin de préserver le système de soins et la population des conséquences d'une éclosion de SRAS.** En contexte d'éclosion appréhendée ou en cours d'éclosion, cette approche peut aussi contribuer à limiter la transmission du virus influenza ou d'autres conditions respiratoires transmissibles (ex. : autres agents pathogènes respiratoires) en milieu de soins.

En contexte épidémique, le triage rapide peut aussi être envisagé pour les patients présentant une gastro-entérite parce qu'il réduira le risque de transmission nosocomiale ou d'éclosions tout particulièrement en établissement (voir les précautions selon le tableau clinique du **tableau 1**, placé à la page 13, et l'**algorithme décisionnel 2**, placé à la page 15).

- L'application rigoureuse **des mesures d'hygiène et des pratiques de base** (ex. : lavage des mains, usage de rince mains antiseptique, entretien soigné et régulier de l'environnement) et la **nécessité de recourir à des précautions additionnelles selon le tableau clinique** (incluant, telle que décrite précédemment, la mesure élargie aux adultes présentant fièvre et toux), **doivent être une priorité dans chaque milieu de soins** (soins actifs, soins prolongés, soins ambulatoires et soins à domicile).
- L'application de l'étiquette « respiratoire » est souhaitable dans tous les milieux de soins. L'ensemble des mesures regroupées sous cette appellation peut contribuer à réduire le risque de transmission d'infections respiratoires en salle d'attente.

En conséquence, il est important que les autorités des établissements de soins, celles des hôpitaux en particulier, soient informées de l'importance d'appliquer ces différentes mesures préventives afin qu'elles puissent avec diligence :

- supporter leur implantation, dans les plus brefs délais;
- favoriser leur mise en application en fournissant les ressources humaines et matérielles nécessaires;
- établir, pour le personnel, un programme de formation continue en prévention des infections.

OUTILS ET ALGORITHMES

Pour faciliter l'implantation ou le maintien des mesures recommandées, des exemples d'affiches, de dépliants et une affichette portant sur le port du masque et l'usage du rince mains antiseptique sont disponibles sur le site Internet de la Direction de santé publique de Montréal-Centre à l'adresse suivante : www.santepub-mtl.qc.ca. L'algorithme décisionnel 2 (page 15) peut être utilisé en milieu de soins pour faciliter le travail du personnel chargé d'effectuer le triage.

Avis scientifique du Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins

Préparé par : Renée Paré, M.D. et Pierre A. Pilon, M.D.

En collaboration avec : Ramona Rodrigues, M. Sc. (A), Patrick Dolcé, M.D., Dorothy Moore, M.D., Marie Gourdeau, M.D., et les autres membres du CINQ.

Les personnes suivantes ont commenté les premières versions de cet avis : Paul Le Guerrier, M.D. et Michèle Bier, M.D., Direction de santé publique de Montréal-Centre, Andrée Larose, conseillère en prévention des infections du CHUM, Agnès Morin-Fecteau, infirmière en prévention des infections, Hôpital Sainte-Anne.

Approuvé par les membres du CINQ à la réunion du 2004/01/16.

2004 CINQ Avis Stratégie globale de prévention
Version finale : 2004/01/26

Encadré 1

Mesures d'hygiène en milieu de soins*

- Fournir sous la forme de pictogrammes placées sur des affiches ou à l'intérieur de dépliants, les instructions sur le lavage des mains (ex. : se laver les mains après avoir utilisé les toilettes, avant les repas, après s'être mouché ou après avoir mouché son enfant) et les mesures d'hygiène de base (ex. : message de sensibilisation pour les personnes non infectées présentes dans la salle d'attente : des personnes ayant une infection peuvent se retrouver dans la salle d'attente, faites attention où vous portez vos mains, éviter de les porter à vos yeux, à votre nez ou à votre bouche).
- Afin d'optimiser le lavage des mains, donner accès dans des lieux stratégiques :
 - à des postes de lavage des mains bien situés dans l'ensemble de l'établissement de soins;
 - à un ou plusieurs lavabos dans la salle d'attente, préférablement avec installation de robinets actionnés par le pied, le poignet, le genou ou par un œil magique, et bien approvisionnés en savon et en papier essuie-mains; ou
 - à des préparations de rince mains antiseptique (ex. : distributeurs muraux) ou à des serviettes antiseptiques jetables.
- S'assurer que les toilettes publiques en milieu de soins, tout particulièrement en milieu hospitalier, soient en bon état et approvisionnées en quantité suffisante de savon, de papier essuie-mains et de papier hygiénique, surtout pendant les fins de semaine et pendant les périodes d'achalandage à la salle d'urgence. Placer des pictogrammes pour encourager le public à se laver les mains.
- Veiller à ce que les toilettes soient nettoyées fréquemment et ce, même les fins de semaine.
- Fournir des endroits pour le changement de couches dans les salles de toilette.
- Fournir, en tout temps, un service d'entretien rapide si un patient présente des vomissements ou de l'incontinence fécale dans un endroit public.

*Modifié d'après DGSPSP 1998 (Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé) et DGSPSP 2002 (La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé)

Encadré 2

Application de précautions selon le tableau clinique par le personnel soignant pour un patient présent de la fièvre et de la toux* lors du processus d'investigation ou d'admission à l'urgence

- Évaluer l'environnement au triage pour maintenir une distance suffisante (au moins un mètre entre la personne effectuant le triage et le patient).
- Promouvoir le port du masque de type chirurgical ou de procédure (en particulier durant la saison des infections respiratoires).
- Envisager l'installation d'une barrière physique à l'endroit de l'enregistrement, du pré triage ou du triage des patients pour protéger le personnel d'un contact avec des gouttelettes respiratoires infectieuses.
- Placer, si possible, tout patient ayant de la fièvre et de la toux dans une pièce séparée (ou bien les regrouper dans une aire séparée) ou dans un endroit séparé à un mètre des autres ou lui donner un masque de type chirurgical ou de procédure aussitôt que possible en attendant une évaluation plus poussée.
- Mettre en place l'utilisation du masque de type chirurgical ou de procédure et les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et par contact[‡] par le personnel soignant durant l'évaluation de tout patient ayant de la fièvre et de la toux (si ces mesures ne sont pas déjà appliquées).
- Utiliser, avec les enfants et les adultes admis et ayant de la fièvre et de la toux, les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et par contact[§] jusqu'au moment où il sera déterminé que la cause des symptômes n'est pas un agent infectieux qui nécessite des précautions au-delà des pratiques de base.
- Réduire l'exposition des nouveaux-nés, des enfants et des adultes immunodéprimés ou atteints de maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques.
- Envisager une infection virale chez tout enfant âgé de moins de 2 ans présentant une fièvre et de l'asthme.
- Prendre des précautions selon le tableau clinique pour contrer la transmission aérienne pour tout patient à risque de tuberculose contagieuse présentant de la fièvre, de la toux et ayant un infiltrat pulmonaire à la radiographie jusqu'à l'exclusion de ce diagnostic.
- Recommander la mise en place d'au moins une chambre à pression négative à la salle d'urgence en centre hospitalier.

*Modifié d'après CDC 2004 (8 janvier), Supplément C, page 11 de 35 (*Respiratory Hygiene / Cough etiquette Strategy for Healthcare Facilities*) et d'après DGSPSP 1999 (Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé).

[‡] Dans ce contexte, le port de la blouse pourrait être optionnel.

Encadré 3

Description des mesures nécessaires pour implanter l'étiquette pour tout patient ayant de la fièvre et de la toux en milieu de soins*

- Rendre disponible le matériel nécessaire à l'hygiène des mains et encourager tout patient ayant de la fièvre et de la toux à se laver les mains (au lavabo avec de l'eau et du savon, avec un rince mains antiseptique ou avec des serviettes antiseptiques jetables).
- Fournir des papiers mouchoirs et les instructions pour bien les utiliser (ex. : au moment de tousser ou pour contrôler les sécrétions nasales) pour tout patient ayant de la fièvre et de la toux, et en particulier pour ceux qui ne peuvent porter un masque de type chirurgical ou de procédure. En plus, préciser comment et à quel endroit les jeter, et rappeler l'importance du lavage des mains après chaque usage.
- Rendre disponible un masque de type chirurgical ou de procédure à tout patient qui présente de la fièvre et de la toux. Fournir les instructions pour un usage approprié du masque et quand, comment et à quel endroit le jeter.
- Désigner, si possible, un endroit dans la salle d'attente où les patients ayant de la fièvre et de la toux peuvent être regroupés et les placer à au moins un mètre des autres patients.
- Fournir les instructions pour le lavage des mains, l'usage des papiers mouchoirs et le port du masque sous la forme de pictogrammes afin de faciliter la compréhension et l'adhésion aux messages préventifs tout en réduisant les inconvénients associés à la barrière de langue. Des affiches et des dépliants peuvent être utiles.

*Modifié d'après CDC 2004 (8 janvier), Supplément C, page 11 de 35 (*Respiratory Hygiene / Cough Etiquette Strategy for Healthcare Facilities*).

Tableau 1

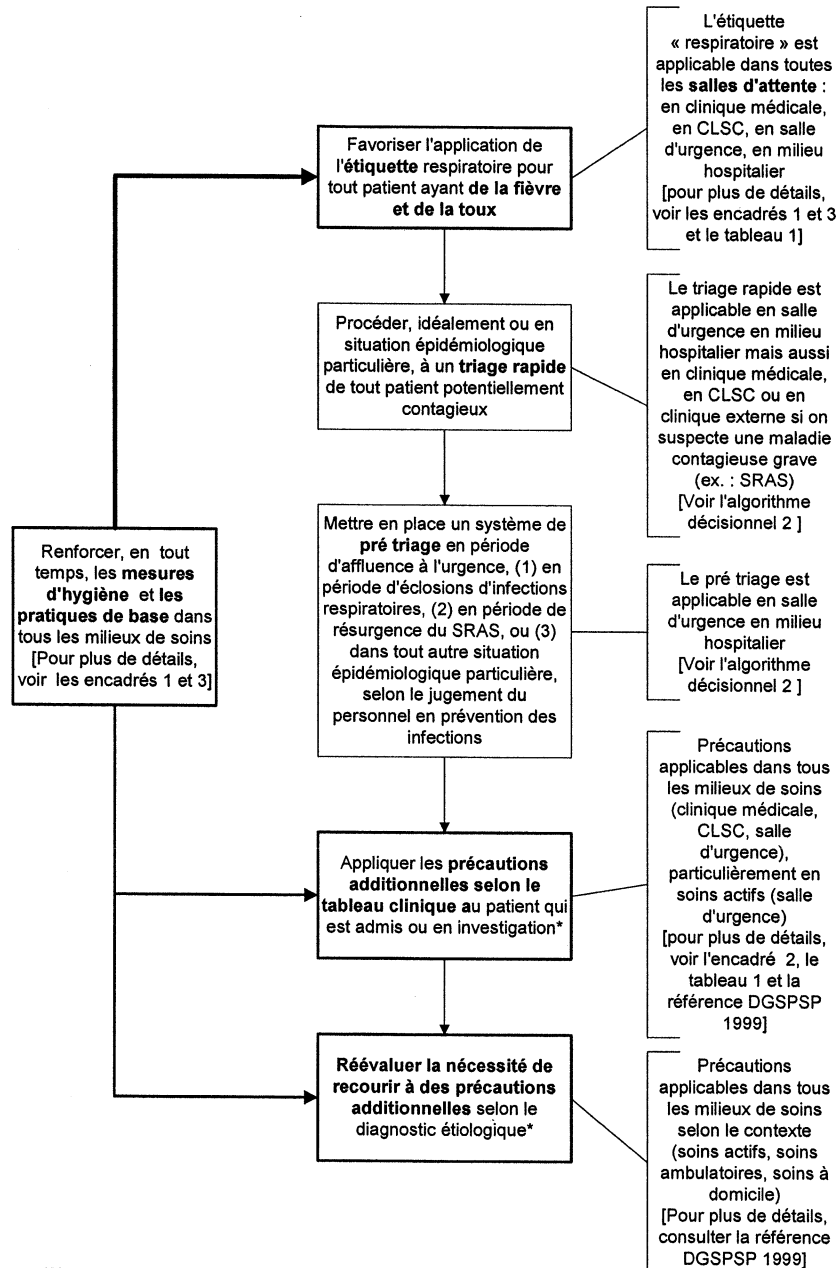
Précautions additionnelles à mettre en place selon le tableau clinique (en plus du lavage des mains) présenté par les patients* lors du processus d'investigation ou d'admission à l'urgence.

Tableau clinique du patient	Mesures minimales à implanter	Mesures spéciales à implanter
Fièvre* et toux	Placer des affiches avec pictogrammes dans la salle d'attente expliquant l'étiquette « respiratoire » (voir l'encadré 3 placé à la page 12) Si possible, isoler le patient dans une pièce ou maintenir un mètre de distance entre ce patient et les autres Suivre et appliquer les précautions additionnelles selon le tableau clinique contre la transmission par gouttelettes et par contact** à moins qu'une maladie transmissible ait été éliminée et qu'aucun geste clinique posé ne requiert l'application de ces mesures	Si le tableau clinique suggère la possibilité d'une transmission aérienne (ex. : tuberculose), on doit : • Placer immédiatement le patient dans une chambre à pression négative • Suivre et appliquer le protocole en vigueur dans votre établissement (chambre à pression négative ou isolement) En contexte épidémique ou si une éclosion est suspectée : • Placer les patients qui ont le même diagnostic en cohorte dans un secteur de l'urgence
Diarrhée ou vomissements non contrôlés (présumés de cause infectieuse)	Placer des affiches avec pictogrammes dans les salles de bain expliquant la technique de lavage des mains Suivre et appliquer les précautions additionnelles selon le tableau clinique contre la transmission par contact Si possible, isoler le patient dans une pièce Prévoir un mécanisme pour la désinfection de l'environnement et de l'équipement Prévoir une augmentation de la fréquence de l'entretien (ex : salle de toilette) (Fournir une chaise d'aisance réservée, au besoin)	En contexte épidémique ou si une éclosion est suspectée : • Placer les patients qui ont le même diagnostic en cohorte dans un secteur de l'urgence • Dédier une salle de toilette à ces patients et fournir une chaise d'aisance réservée, au besoin • Mettre en place les mesures de désinfection de l'environnement (ex : salle de toilette) et de l'équipement pour chaque quart de travail • Aviser immédiatement la personne responsable de la prévention des infections si une éclosion est suspectée

Note : * Un patient est considéré comme fébrile si la température est plus grande ou égale à 100,4 °F ou 38,2 °C ou s'il rapporte s'être senti fébrile dans les dernières 48 heures.

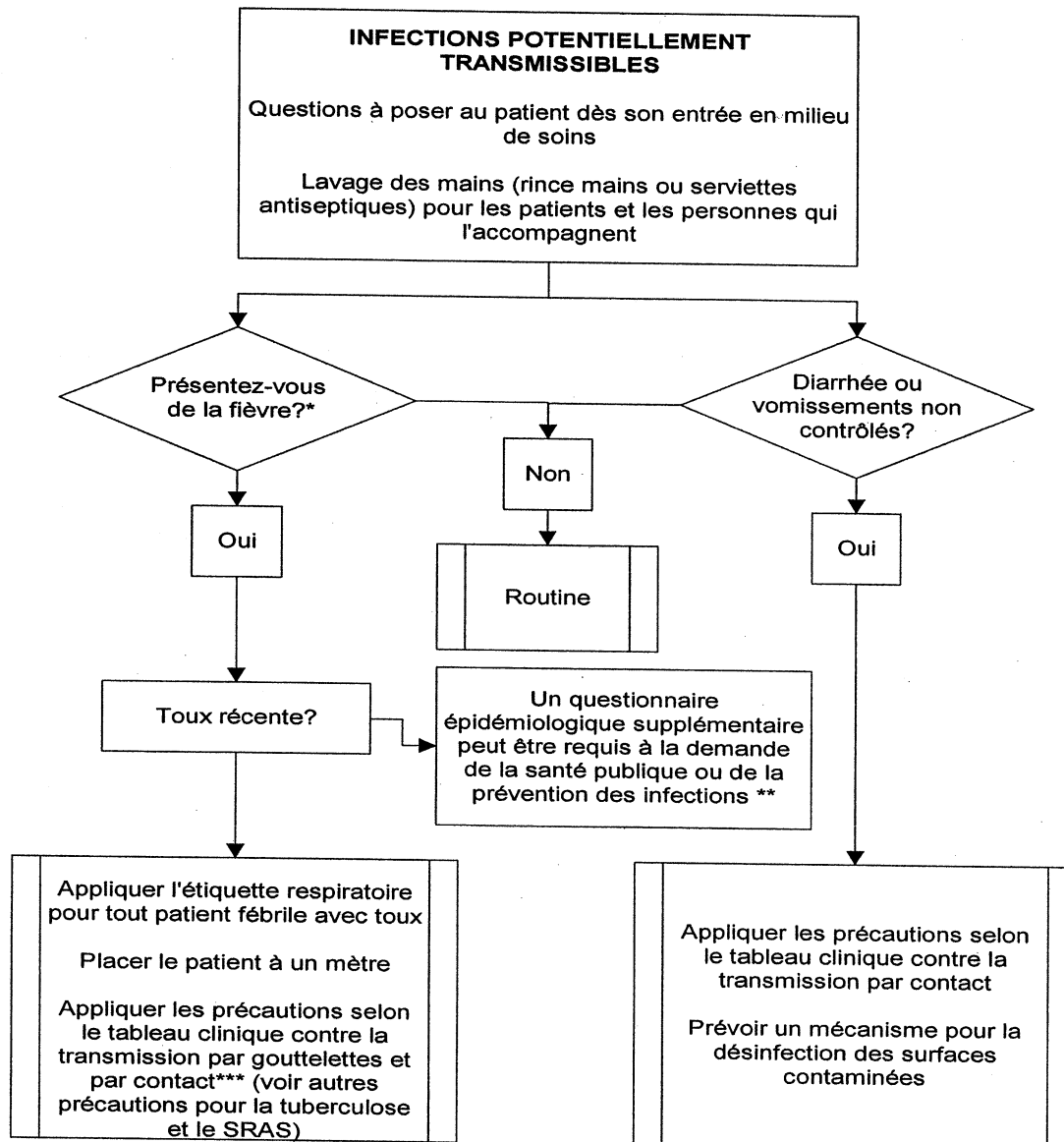
** Dans ce contexte, le port de la blouse pourrait être optionnel.

Algorithme décisionnel 1 **Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins**



Algorithme décisionnel 2

Triage rapide par le personnel soignant en situation épidémiologique particulière : Conduite à faire suivre aux patients qui pourraient présenter une infection potentiellement transmissible en milieu de soins



Note : *Un patient est considéré comme fébrile si la température est plus grande ou égale à 100,4 °F ou 38,2 °C ou s'il rapporte s'être senti fébrile dans les dernières 48 heures.

***Par exemple, en présence d'un patient présentant de la fièvre et de la toux, en période de résurgence possible du SRAS, il y a lieu de questionner le patient sur une histoire de voyage dans les deux dernières semaines dans une zone potentielle de réémergence du SRAS ou de contact avec un voyageur hospitalisé et atteint d'une maladie respiratoire sévère. Dans ce contexte, le questionnaire épidémiologique a pour but de détecter rapidement les nouveaux cas possibles de SRAS émanant d'une zone potentielle de réémergence. Un questionnaire différent pourrait être approprié selon la situation épidémiologique en vigueur (ex. : influenza causée par une souche pandémique, éclosion de méningite ou d'encéphalite).

***Dans ce contexte, le port de la blouse pourrait être optionnel.

BIBLIOGRAPHIE

ABDULLAH, A.S.M., B. TOMLINSON, C.S. COCKRAM, ET G.N. THOMAS (2003). «Lessons from the severe acute respiratory syndrome outbreak in Hong Kong», *Emerging Infectious Diseases Journal*, vol. 9, n° 9 (septembre), p. 1042-1045.

JOURNAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (JAMC 2003).« Leçons tirées du SRAS [Éditorial] », *Journal de l'Association médicale Canadienne*, vol. 168, n° 11 (27 mai), p. 1383 (publication anticipée sur www.jamc.ca , consultée le 2003/05/07).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC 1994). « Guideline for prevention of nosocomial pneumonia », Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Document disponible sur www.cdc.gov/ncidod/hip/pneumonia/pneu_mmw.htm.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC 1994a). « Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in Health-Care facilities », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 43, n° RR-13.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC 2004). « Public health guidance for community-level preparedness and response to severe acute respiratory syndrome (SARS) [Draft] », Supplement C: Preparedness and response in healthcare facilities, page 11 de 35. Version du 8 janvier 2004.

Document disponible sur www.cdc.gov/ncidod/sars/guidance/C/index.htm .

GARNER, J.S. ET LE HOSPITAL INFECTION CONTROL PRACTICES ADVISORY COMMITTEE (HICPAC 1996). « Guideline for isolation precautions in hospitals », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 17, n° 1, p. 53-80.

HONG KONG HOSPITAL AUTHORITY (HKHA 2003). « Infection control precautions in hospitals and precautionary measures in out-patient setting ». Document disponible sur www.ha.org.hk/hesd/nsapi/?MIval=ha_view_content&c_id=123512&hesd_lang=E , pages consultées le 2003/09/23.

FRIEDEN, T.R., B.H. LERNER, B.H. RUTHERFORD (2000). « Lessons from the 1800s: tuberculosis control in the new millenium », *Lancet*, vol. 355, n° 9209, p. 1088-1092.

MUSHER, D.M. (2003). « How contagious are common respiratory tract infections ? », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 13, pages 1256-1266.

National Institute for Occupational Safety and Health, Hazard Evaluations and Technical Assistance Branch. Documents disponibles sur www.cdc.gov/niosh/hhe.html.

(NIOSH 1995). *Protect yourself against tuberculosis – A respiratory protection guide for health care workers..* DHHS (NIOSH) Publication N°. 96-102. December.

(NIOSH 1996). *NIOSH Guide to the selection and use of particulate respirators certified under 42 CFR 84.* Cincinnati, OH: DHHS, CDC, NIOSH; DHHS (NIOSH) Publication N°. 96-101.

VARIA, M., S. WILSON, S. SARWAL, A. MCGEER ET AUTRES (2003). « Investigation of a nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Toronto, Canada »,

Canadian Medical Association Journal. Article disponible sur www.cmaj.ca, pages consultées le 2003/07/29.

SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DGSPSP 1996). « Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada ».

SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DGSPSP 1998). « Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé ».

SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DGSPSP 1999). « Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé ».

SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DGSPSP 2002). « La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé ».

SANTÉ CANADA (2003). « Infection control precautions for respiratory infections transmitted by large droplet/contact. Infection control guidance in a non-outbreak setting (in the absence of SARS) ». [Draft, 17 décembre 2003]. 18 pages.

Document disponible sur www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sars-sras/prof_f.html.

SKOWRONSKI, D. (2003). « Anxious foresight : How British Columbia contained SARS », Conférence donnée à la Direction de santé publique de Montréal-Centre, 14 novembre.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS 2003). « Alerte au SRAS, vérification et mesures de santé publique dans l'après flambée ». Document disponible sur www.who.int/csr/sars/postoutbreakfr/en/print.html, pages consultées le 2003/09/11.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS 2003a). « Conseils en matière de lutte contre l'infection nosocomiale ». Document disponible sur www.who.int/csr/sars/infectionf/en/print.html, pages consultées le 2003/09/11.