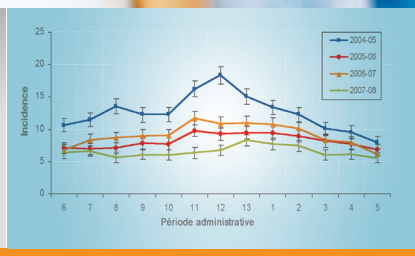


COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec

Avis et recommandations

Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Janvier 2012

Institut national
de santé publique
Québec

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Hugues Charest, Laboratoire de santé publique de Québec

Michèle Dupont, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec

Charles Frenette, Centre hospitalier universitaire de santé McGill

Sylvie Gauthier, Centre hospitalier universitaire de Montréal – Pavillon St-Luc

Anne Kimpton, Institut national de santé publique du Québec

Renée Paré, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Caroline Quach, Centre hospitalier universitaire de santé McGill

Jasmin Villeneuve, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction régionale de santé publique

AVEC LA COLLABORATION DE

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Anne Kimpton, Institut national de santé publique du Québec

Renée Paré, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

REMERCIEMENTS

Nous remercions les équipes de prévention et contrôle des infections dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) suivants qui nous ont généreusement fait parvenir leur protocole local de prévention et contrôle de la grippe saisonnière et desquels nous nous sommes inspirés :

- Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital Enfant-Jésus;
- Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôtel-Dieu de Lévis;
- Centre hospitalier universitaire de Montréal;
- Centre hospitalier universitaire de Québec;
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;
- Centre universitaire de santé McGill;
- Centres de santé et de services sociaux de Beauce;
- Centres de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable;
- Centres de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière;
- Centres de santé et de services sociaux du Haut-Richelieu-Rouville;
- Centres de santé et de services sociaux de Richelieu-Yamaska.

MISE EN PAGES

Elena Madrid, Institut national de santé publique du Québec

Lyne Théorêt, Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 1er TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-63887-2 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-63888-9 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ)[1]

Membres actifs

Lise-Andrée Galarneau, présidente du comité, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

Constance Forget-Falcicchio, Hôpital juif de réadaptation de Laval

Charles Frenette, Centre hospitalier universitaire de santé McGill

Christophe Garenc, Institut national de santé publique du Québec

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

Marie Gourdeau, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Pavillon Hôpital Enfant-Jésus

Yves Longtin, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Josée Massicotte, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique

Mark A. Miller, Hôpital général juif de Montréal

Danielle Moisan, Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

Renée Paré, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Pierre St-Antoine, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Pavillon Notre-Dame

Jasmin Villeneuve, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction régionale de santé publique

Membres d'office

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

Marc Dionne, Institut national de santé publique du Québec

Membres de liaison

Michèle Dupont, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec

Anne Fortin, Institut national de santé publique du Québec

Simon Lévesque, Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Rocher, Institut national de santé publique du Québec

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

Claude Tremblay, Centre hospitalier universitaire de Québec, Pavillon Hôtel-Dieu de Québec

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

[1] Membres du comité au moment de l'approbation du présent document (janvier 2012).

SOMMAIRE

Pour simplifier la lecture, les références liées aux recommandations qui sont citées dans le document ont été retirées du sommaire.

SECTION	RECOMMANDATION
1.2.1 Clarification des rôles et responsabilités	De façon générale, l'équipe de PCI est responsable de développer et diffuser une stratégie de mise en œuvre des mesures de prévention et contrôle de la grippe en collaboration avec les équipes de soins. Le service de santé et sécurité au travail est appelé à développer et à mettre en œuvre la stratégie de vaccination et la prise en charge des travailleurs de la santé, en collaboration avec l'équipe de PCI selon les milieux. Tous les travailleurs de la santé, en particulier les soignants, doivent appliquer les mesures de prévention et contrôle recommandées selon leurs fonctions. L'équipe de direction doit supporter la stratégie et la mise en place des mesures le cas échéant. Au niveau régional, le rôle-conseil que jouera la direction de santé publique dépendra des besoins et ententes avec les équipes de PCI en place dans les différents CHSGS. Plus spécifiquement, la direction de santé publique effectue la surveillance de la grippe et des éclosions, relaie l'information pertinente sur la grippe et les éclosions en cours aux instances locales ainsi qu'au niveau régional comme provincial et offre son expertise-conseil aux équipes locales lors d'une éclosion de grippe.
1.2.2 Préparation à la vaccination contre la grippe saisonnière	• Déterminer de qui relève la responsabilité de la vaccination des travailleurs de la santé dans l'établissement en collaboration avec la direction des soins infirmiers (DSI) et le service de santé et sécurité au travail; • Planifier et mettre en œuvre une stratégie promotionnelle pour favoriser la vaccination des travailleurs de la santé, en particulier les soignants, et des patients comprenant notamment des rappels pour les infirmières et médecins sur la nécessité de vacciner pendant toute la saison grippale les patients qui fréquenteront ou seront admis dans l'établissement; • Développer, si nécessaire, en collaboration avec la DSI et le service de pharmacie, la règle de soins infirmiers pour faciliter la vaccination des patients à risque de complications de la grippe (ex. : congé d'un patient, cliniques externes); • Former et informer les infirmières spécifiquement sur l'indication pour la vaccination et la procédure à suivre pour vacciner les patients concernés; • S'assurer de la disponibilité d'une liste annuelle du statut vaccinal des travailleurs de la santé et de sa mise à jour.
1.2.3 Préparation à la confirmation des cas par les tests diagnostiques	• Revoir les tests diagnostiques disponibles localement notamment en prenant en compte leur performance (spécificité et sensibilité) pour la saison grippale en cours; • S'assurer d'avoir accès à un test de laboratoire le plus fiable possible comme le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) (ex. : RT-PCR) en particulier pour la confirmation d'une éclosion de grippe; • Prévoir avec le laboratoire le type de prélèvement requis ainsi que le matériel nécessaire selon la méthode diagnostique utilisée; • Former et informer les infirmières spécifiquement sur la technique et les indications du prélèvement requis;

SECTION	RECOMMANDATION
	• Développer si nécessaire, en collaboration avec la DSI et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, une règle de soins infirmiers pour favoriser un prélèvement rapide des cas de SAG. • Assurer la mise en place d'une procédure avec le laboratoire afin d'acheminer rapidement et adéquatement les prélèvements et obtenir les résultats des tests.
1.2.4 Préparation à la surveillance et à la prise en charge des cas	• Développer un programme de surveillance des cas présentant un SAG pour vérifier l'efficacité des mesures en place, repérer les cas nosocomiaux et les éclosions; • Veiller à ce que les soignants reconnaissent l'apparition d'un SAG chez les patients hospitalisés et qu'ils mettent en place les mesures de prévention et de contrôle requises; • Former et informer tous les travailleurs de la santé, en particulier les soignants, sur : - La période de surveillance de la grippe, la définition d'un SAG et les mécanismes de transmission de l'information à la ou aux personne(s) responsable(s) de la surveillance et au médecin traitant des cas; - Les notions de base de la grippe et du virus de l'influenza (ex. : mode de transmission, incubation, tableau clinique, durée de contagiosité, etc.); - Les mesures de prévention et de contrôle à mettre en place; • Planifier l'exécution rapide des cas de SAG dans les premières 72 heures d'apparition des symptômes à prescription médicale ou selon la règle de soins infirmiers. • S'assurer d'un lien avec la direction de santé publique sur les données de surveillance régionale et provinciale et la déclaration des éclosions.
1.2.5 Préparation à la survenue d'une éclosion	• Développer une procédure locale de prise en charge d'une éclosion en collaboration avec les personnes concernées; • Identifier les personnes qui doivent être avisées lors de la survenue d'une éclosion ainsi que leurs rôles et responsabilités pour contrôler la situation; • Prévoir les ressources humaines et matérielles potentiellement requises lors d'une éclosion (ex. : comité de gestion d'éclosion). • Établir en collaboration avec le service de santé et sécurité au travail, la procédure à suivre pour les travailleurs de la santé, en particulier les soignants, qui œuvrent sur une unité en éclosion (ex. : vaccination, prophylaxie, prise en charge des cas symptomatiques, indemnités salariales si retirés du travail, etc.).
1.2.6 Préparation de la procédure locale pour la prise en charge d'une éclosion	• Développer une procédure locale de prise en charge d'une éclosion pour un contrôle rapide de la situation. L'objectif de la procédure est de préciser si des ajustements sont requis aux mesures d'ingénierie (organisation des lieux physiques), aux mesures organisationnelles (organisation du travail et des services) et aux mesures visant la protection individuelle pour contrôler la situation et déterminer les rôles et responsabilités des personnes appelées à collaborer. La procédure de prise en charge de l'éclosion sera développée en fonction de l'organisation locale des services et des ressources disponibles. La procédure doit comprendre notamment : - Les rôles et responsabilités des personnes concernées par l'éclosion; - Les définitions pour fins d'interventions : SAG, cas de grippe confirmé, éclosion confirmée, éclosion majeure, fin d'éclosion;

SECTION	RECOMMANDATION
	- Les procédures à suivre selon l'épidémiologie (efficacité du vaccin et des antiviraux, niveau de risque des patients, saison grippale); - Le processus décisionnel (évaluation du risque) quant à la prise des antiviraux; - La prise en charge des travailleurs exposés ou non et des travailleurs symptomatiques ; - Le plan de communication. **Éléments à adapter dans la procédure au fil de l'éclosion :** • Début d'éclosion : - Mesures à mettre en place; - Personnes à aviser, incluant la direction de santé publique, rôles et responsabilités (ex. : direction générale, direction des services professionnels et hospitaliers, direction des soins infirmiers, service de santé au travail, chef d'unité); - Critères de mise en place et composition du comité de gestion d'éclosion et fréquence des rencontres; - Communications dans le milieu de soins : destinataires et contenu, comprenant l'affichage. • Éclosion majeure : - Mesures à mettre en place en plus de celles déjà appliquées en début d'éclosion : ▪ Ajustement au comité de gestion d'éclosion, s'il y a lieu; ▪ Plan de communication prévu à l'interne et à l'externe, en particulier avec la direction de santé publique et avec l'agence de la santé et des services sociaux lorsqu'une unité spécifique est en éclosion ou qu'il y a restriction des admissions pouvant affecter l'accès aux soins (ex. : corridor de soins, néonatalogie). • Fin d'éclosion : - Critères de fin d'éclosion; - Mesures à réaliser à la fin d'une éclosion; - Ajustement du plan de communication et aviser au besoin les partenaires de la reprise des activités ou des admissions.
1.2.7 Préparation des communications	• Vérifier si les affiches sur l'hygiène et l'étiquette respiratoire sont en place dans les endroits stratégiques ainsi que l'équipement requis pour leur mise en application; • Vérifier que la politique des visites est bien visible, notamment en ce qui concerne les restrictions d'accès aux visiteurs présentant un SAG ou une grippe confirmée; • Établir les rôles et responsabilités des personnes concernées par la communication (ex. : quelles sont les personnes qui développent le contenu, quelles sont les personnes qui assurent la diffusion, etc.) • Prévoir un plan de communication avec une gradation dans les messages diffusés (ex. : temps usuel, avant et pendant la saison grippale, lors d'un cas de grippe, lors d'une éclosion de grippe, lors d'une éclosion majeure de grippe) : - Préparer les documents de communication (ex. : affiches, lettres types, messages téléphoniques, relance de la vaccination, documents explicatifs des mesures de prévention et de contrôle pour la clientèle); - Prévoir leur mécanisme de transmission (ex. : mécanisme de transmission avant la saison grippale : faire parvenir aux travailleurs de la santé une lettre d'information sur la grippe avant la campagne de vaccination);

SECTION	RECOMMANDATION
	- Assurer des mécanismes efficaces de diffusion pour tous les communiqués, tant internes que ceux provenant de la direction de la santé publique au besoin (ex. : bulletin *Flash grippe*, site Internet des directions de santé publique, appel à la vigilance et autres données locales ou régionales selon disponibilité); - Mettre à jour annuellement le bottin de communications (ex. : télécopieur, téléphone, courriel) avec la direction de santé publique et l'agence de la santé et des services sociaux.
2.1.1 Vaccination des patients	• Vacciner chaque année les patients à risque de complications de la grippe (ex. : au congé d'un patient, en cliniques externes); • Mettre en place différentes stratégies appropriées à l'intérieur de l'établissement pour rappeler aux soignants de proposer la vaccination aux patients à risque (ex. : des affiches promotionnelles, dépliants remis aux patients, sensibilisation des infirmières et médecins, règle de soins infirmiers); • Recommander de se faire vacciner aux personnes susceptibles de transmettre le virus de l'influenza à des patients présentant un risque élevé de complications (ex. : aux personnes vivant sous le même toit, aidants naturels); • Prévoir offrir la vaccination jusqu'après le pic d'activité grippale, habituellement jusqu'en avril de chaque année, à tous les patients à risque de complications de la grippe.
2.1.2 Vaccination des travailleurs de la santé	• Offrir la vaccination chaque année à l'ensemble des travailleurs de la santé de l'établissement; • Offrir la vaccination jusqu'après le pic d'activité grippale, habituellement jusqu'en avril de chaque année, à tous les nouveaux travailleurs de la santé; • Faire une relance de la vaccination aux travailleurs de la santé non vaccinés en situation d'éclosion sur une unité de soins ou dans l'ensemble du milieu.
2.2.2 Mécanisme de surveillance	• Informer tous les travailleurs de la santé de l'existence du programme de surveillance, sur son importance et de la collaboration attendue; • Définir le mécanisme qui permettra de repérer les cas présentant un SAG et une grippe confirmée et établir qui sera responsable de compléter la grille de surveillance des cas repérés; • Aviser la ou les personne(s) responsable(s) (ex. : médecin traitant, chef d'unité, responsable de la surveillance) chaque fois qu'un patient développe des symptômes qui s'apparentent à ceux d'un SAG ou qu'une grippe est confirmée (centralisation de l'information) (pour tous les quarts de travail, incluant ceux de la fin de semaine); • Demander aux travailleurs de la santé, en particulier aux soignants, d'aviser le service de santé et sécurité au travail s'ils s'absentent en raison d'un SAG ou une grippe confirmée; • Faire le lien avec le laboratoire pour être informé des tests positifs pour le virus de l'influenza en particulier pour un cas sous médication antivirale; • Signaler une éclosion de grippe à la direction de santé publique.
3.1.3 Hygiène et étiquette respiratoire	• Placer des affiches indiquant aux personnes présentant de la fièvre et de la toux qui consultent pour recevoir des soins d'en aviser le personnel soignant; • Mettre en place l'utilisation du masque de procédure ou chirurgical par toutes les personnes présentant de la fièvre et de la toux ou à défaut, les inviter à se couvrir le nez et la bouche (ex. : mouchoir, manche) lorsqu'elles toussent ou éternuent;

SECTION	RECOMMANDATION
	• Fournir des papiers mouchoirs et une poubelle pour les personnes qui toussent ou éternuent; • Encourager toutes les personnes présentant de la fièvre et de la toux à pratiquer l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydro-alcoolisée; • Établir une séparation spatiale d'au moins deux mètres entre les personnes présentant de la fièvre et de la toux et les autres personnes sauf si une barrière physique est en place. Réserver une section de la salle d'attente aux personnes atteintes d'une infection respiratoire.

Mesures spécifiques en présence d'un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée	Mesures spécifiques lors d'une éclosion de grippe
3.2.1 Mesures requises en présence d'un patient présentant un SAG	**4.2 Mesures de contrôle d'une éclosion de grippe**
En plus des pratiques de base, le CINQ recommande de : • Porter un masque à moins de deux mètres du patient ou dès l'entrée dans la chambre; • Porter des gants dès l'entrée dans la chambre ou si contact direct avec le patient ou son environnement immédiat, possiblement contaminé ou si risque d'éclaboussures; • Porter une blouse si risque de contact direct avec le patient ou son environnement possiblement contaminé ou si risque d'éclaboussures. Pour simplifier l'application de cette mesure, on pourrait inclure le port de la blouse dès l'entrée dans la chambre; • Porter une protection oculaire selon le risque de projections ou d'éclaboussures de sang, liquides biologiques, sécrétions, excrétions. De plus, il est recommandé de : • Effectuer un prélèvement au niveau nasopharyngé afin de confirmer le diagnostic. Si l'indice de suspicion clinique est élevé, un résultat négatif pour le virus de l'influenza ne signifie pas nécessairement que les mesures de prévention ou le traitement antiviral doivent être cessés puisque la sensibilité et la spécificité du test ne sont pas de 100 %. Afin de mieux saisir la portée du résultat, vérifier avec le laboratoire le test utilisé, car il existe de grandes variations de performance entre les tests et le seuil de détection peut également varier selon les souches en circulation et la qualité du spécimen; • Placer le patient en chambre privée. Si aucune chambre privée n'est disponible, établir une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou conserver une distance d'au moins deux mètres entre les patients; • Éviter de mettre un cas de SAG (cas non confirmé) dans une cohorte de cas confirmés avant la confirmation de son diagnostic.	• Mettre en application la procédure locale de prise en charge d'une éclosion; • Dès le début de l'éclosion, aviser de la situation les secteurs clés de l'organisation de même que certains partenaires externes : - La direction des soins infirmiers; - La direction des services professionnels et hospitaliers; - La direction générale; - Le gestionnaire responsable de l'unité concernée; - Le service de santé et sécurité au travail; - Le service d'hygiène et salubrité; - Les coordonnateurs jour-soir-nuit-fin de semaine; - Les médecins traitants; - L'admission; - Le service des communications; - La direction de santé publique de la région (contexte de signalement d'une menace à la santé de la population, programme de surveillance provinciale); - L'agence de la santé et des services sociaux en particulier si des conséquences sur l'accès aux soins dans la région sont reliées à l'éclosion. • Mettre en place un comité de gestion d'éclosion si nécessaire, pour coordonner la prise en charge de la situation et pour assurer l'utilisation optimale des ressources. La fréquence des rencontres sera dictée par l'ampleur du problème et des besoins; • Informer rapidement de la situation les travailleurs de la santé concernés, comme le personnel soignant de l'unité touchée, sur les mesures à mettre en place (ex. : surveillance rehaussée et prise en charge des patients et des travailleurs de la santé); • Vérifier la nécessité de placer un affichage à l'entrée de l'unité indiquant la situation et les mesures à respecter; • Si possible, éviter les mouvements des travailleurs de la santé d'une unité aux prises avec une éclosion vers une autre unité exempte d'éclosion tant que celle-ci n'est pas terminée, en particulier pendant les 72 heures (période d'incubation) qui suivent un dernier contact avec un cas de grippe ou avec l'unité en éclosion.

Mesures spécifiques en présence d'un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée	Mesures spécifiques lors d'une éclosion de grippe
Selon le résultat du test de laboratoire, on pourra ajuster les mesures autour du cas au besoin : • Selon les caractéristiques d'un autre virus que l'influenza est confirmé pour le cas; • Pour le virus de l'influenza (cas de grippe confirmé), voir les mesures ci-après.	
3.2.2 Mesures requises en présence d'un cas de grippe confirmé	**4.2.1 Mesures requises en situation d'éclosion de grippe**
En plus des pratiques de base, il est recommandé de : • Porter minimalement un masque à moins de deux mètres du patient ou dès l'entrée dans la chambre; • Maintenir l'ensemble des précautions décrites pour les patients présentant un SAG (voir ci-haut) pour les patients à risque comme les personnes immunosupprimées, celles qui ont une collaboration limitée ou une hygiène déficiente, la clientèle de pédiatrie, etc. Pour des considérations pratiques ou autres, il pourrait être décidé de toujours maintenir les mêmes précautions qu'autour d'un SAG pour tout cas de grippe confirmé; • Constituer une cohorte de cas de grippe confirmés au besoin; • Maintenir en place les mesures de prévention requises pendant cinq jours. Il est possible d'ajuster cette période selon les risques inhérents aux patients; • Dans le cas où les symptômes sont de courte durée (ex. : deux à quatre jours), par prudence, garder le patient en isolement au moins jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes. Si les symptômes persistent plus de sept jours, il est nécessaire de procéder à une réévaluation du patient.	En présence de patients symptomatiques, en plus des pratiques de base, il est recommandé de : • Porter un masque à moins de deux mètres du patient ou dès l'entrée dans la chambre; • Porter des gants dès l'entrée dans la chambre ou si contact direct avec le patient ou son environnement immédiat, possiblement contaminé ou si risque d'éclaboussures; • Porter une blouse si risque de contact direct avec le patient ou son environnement possiblement contaminé ou si risque d'éclaboussures. Pour simplifier l'application de cette mesure, on pourrait inclure le port de la blouse dès l'entrée dans la chambre; • Porter une protection oculaire selon le risque de projection ou d'éclaboussures de sang, liquides biologiques, sécrétions, excrétions. Pour tous les patients symptomatiques ou qui le deviennent, il est recommandé de : • Faire évaluer rapidement la nécessité d'offrir un traitement antiviral au besoin; • Séparer si possible le/les cas symptomatique(s) d'un même type d'influenza des contacts étroits significatifs; • Faire des cohortes de cas atteints au besoin (ex. : placer un cas confirmé dans la même chambre qu'un autre cas confirmé d'un même type d'influenza); • Éviter de mettre dans la même chambre un cas confirmé avec un cas suspect; • Placer deux cas suspects dans la même chambre s'il est impossible de les mettre dans des chambres distinctes. Il faut alors tenter de garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux et leur dédier respectivement des équipements; • Maintenir les précautions requises pendant cinq jours suivant le début des symptômes pour les adultes et jusqu'à sept jours pour les enfants. L'application de ces précautions pourra aussi être prolongée chez les personnes âgées et les personnes immunosupprimées ou en fonction de l'immunité préalable du patient, et selon la souche ou l'efficacité d'un traitement;

Mesures spécifiques en présence d'un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée	Mesures spécifiques lors d'une éclosion de grippe
	• Surveiller l'apparition de nouveaux cas chez les patients en particulier les contacts identifiés. Si de nouveaux cas de grippe surviennent, ils seront considérés comme faisant partie de l'éclosion jusqu'à preuve du contraire. Lorsqu'un patient devient symptomatique alors qu'aucune mesure de prévention de la transmission n'était en place autour de ce patient, il est recommandé de : • Faire une recherche de contacts étroits significatifs, incluant les patients qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins, et mettre en place les précautions requises pendant la période d'incubation (72 heures). Si des symptômes de grippe apparaissent, maintenir les précautions requises; si aucun symptôme n'apparaît après 72 heures, cesser les précautions requises; • Aviser les médecins traitants de ces contacts étroits significatifs; • Considérer l'administration d'une prophylaxie avec des antiviraux pour les contacts étroits significatifs selon l'évaluation du risque et le médecin traitant; • Tenir compte du fait que le tableau clinique typique du SAG n'est pas présent chez toutes les personnes. Ainsi, les personnes âgées peuvent être infectées par le virus de l'influenza sans présenter de la fièvre; • Majorer les doses d'antiviraux des personnes sous prophylaxie qui deviendraient symptomatiques afin de les traiter selon le médecin traitant; • Mettre en place les précautions requises contre la transmission du virus de l'influenza lors d'une éclosion dès qu'une personne vulnérable présente une détérioration de son état général pouvant être causée par le virus de l'influenza, même si un seul symptôme du tableau clinique typique de SAG est présent. Ceci constitue une intensification des mesures pour contrôler l'éclosion et pourra augmenter la sensibilité de détection des cas afin d'initier plus rapidement leur traitement par prudence. Si la situation persiste (éclosion majeure), il est recommandé de : • Évaluer la conformité de l'application rigoureuse des mesures mises en place avec celles recommandées; • Envisager de fermer l'unité aux admissions et aux transferts sauf pour des besoins médicaux spécifiques. Une restriction d'accès à l'unité touchée à ceux qui n'y travaillent pas (ex. : visiteurs) peut être une alternative à examiner, particulièrement en saison grippale. Des mesures telles la prophylaxie ou des mesures s'adressant aux travailleurs de la santé peuvent être requises; • Envisager qu'un autre agent pathogène puisse être en cause ou qu'une résistance aux antiviraux soit apparue. Des tests additionnels peuvent être nécessaires pour confirmer la présence d'un autre agent pathogène ou la résistance à un antiviral et permettre d'ajuster les traitements et mesures en place, en conséquence.

Mesures spécifiques en présence d'un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée	Mesures spécifiques lors d'une éclosion de grippe
3.2.3 Mesures requises pour les contacts étroits significatifs du patient présentant un SAG ou une grippe confirmée	
• Surveiller l'apparition de symptômes pour au moins 72 heures ou pour la période d'incubation de l'agent suspecté; • Considérer mettre en place les précautions requises pendant cette période d'incubation selon l'évaluation du risque; • Considérer l'administration d'une prophylaxie avec des antiviraux pour les contacts étroits significatifs selon l'évaluation du risque et le médecin traitant; • Mettre en place les précautions requises dès qu'une personne vulnérable présente une détérioration de son état général pouvant être causée par la grippe, même si un seul symptôme du tableau clinique typique de SAG est présent. Ceci constitue une intensification des mesures et pourra augmenter la sensibilité de détection des cas et permettre d'initier plus rapidement leur traitement; • Tenir compte du fait que le tableau clinique typique de SAG n'est pas présent chez toutes les personnes. Ainsi, les personnes âgées peuvent être infectées par le virus de l'influenza sans présenter de la fièvre; • Majorer les doses d'antiviraux des personnes sous prophylaxie qui deviendraient symptomatiques afin de les traiter.	
3.2.4 Déplacements du patient présentant un SAG ou une grippe confirmée	**4.2.2 Déplacements des patients en situation d'éclosion de grippe**
• Demander au patient, s'il sort de sa chambre pour des examens ou des traitements, de pratiquer l'hygiène des mains et lui faire porter un masque de procédure ou chirurgical. En tout temps, s'assurer de veiller à une application rigoureuse de l'hygiène et de l'étiquette respiratoire; • Pour les jeunes enfants, on pourra demander au parent ou à l'accompagnateur de couvrir le nez et la bouche de l'enfant avec un mouchoir, de même pour une personne ne pouvant tolérer le masque de procédure ou chirurgical;	• Restreindre les déplacements hors de la chambre de tous les patients, vaccinés ou non, pendant toute la durée de l'éclosion; • Si possible restreindre les transferts de tous les patients, vaccinés ou non, sur d'autres unités de soins; • Si un transfert est nécessaire, aviser l'unité de soins ou le centre qui accueille le patient de la situation à moins que ce dernier ait développé la grippe et que sa période de contagiosité soit terminée;

Mesures spécifiques en présence d'un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée	Mesures spécifiques lors d'une éclosion de grippe
• Aviser à l'avance le service qui doit accueillir le patient pour éviter une transmission lors de l'attente dans une aire commune avant et après le traitement ou l'examen.	• Si le déplacement ou le transfert est inévitable, demander au patient de procéder à l'hygiène des mains et de porter un masque de procédure ou chirurgical en dehors de la chambre s'il peut le tolérer; • Si un patient asymptomatique doit être déplacé ou transféré sur une autre unité exempte d'éclosion de grippe, mettre en place des précautions requises pendant 72 heures (période d'incubation) pour éviter la propagation de l'éclosion à moins qu'il eût la grippe et que sa période de contagiosité soit terminée.
3.2.5 Précautions lors de procédure à risque de générer des aérosols	
• Exécuter les procédures à risque de générer des aérosols uniquement si médicalement nécessaires; • Limiter le nombre de travailleurs de la santé présents aux personnes essentielles aux soins et au soutien du patient; • Lorsque possible, limiter cette présence uniquement aux travailleurs de la santé immunisés contre la grippe; • Utiliser les précautions requises pour limiter la transmission aérienne de l'agent respiratoire infectieux.	
3.2.6 Autres mesures	**4.2.3 Autres mesures**
• Offrir la vaccination aux patients pour lesquels elle est indiquée; • Utiliser des antiviraux en traitement selon les directives du médecin traitant pour les patients à risque; • Utiliser des antiviraux en prophylaxie suite à un contact avec un cas de grippe confirmée, selon les directives du médecin traitant et l'équipe de PCI; • Consulter la direction de santé publique de la région au besoin.	• Offrir la vaccination aux patients pour lesquels elle est indiquée; • Utiliser des antiviraux en traitement au besoin et selon les directives du médecin traitant particulièrement pour les patients à risque; • Utiliser des antiviraux en prophylaxie au besoin selon le médecin traitant et l'équipe de PCI en particulier pour les patients à risque; • Consulter la direction de santé publique de la région au besoin.
3.2.7 Mesures concernant l'hygiène et la salubrité	**4.2.4 Mesures concernant l'hygiène et la salubrité**
• Faire l'entretien quotidien des surfaces fréquemment touchées à potentiel élevé de contamination, communément appelées surfaces « high touch ». Procéder à l'entretien terminal soit au départ, à la cessation de l'isolement ou au transfert avec les produits et les techniques utilisés habituellement dans l'établissement.	Sur l'unité en éclosion, les mesures déjà mises en place sont suffisantes. Une surveillance de processus (audit) peut être réalisée pour valider la réalisation des activités d'hygiène et salubrité et leur efficacité.

Mesures spécifiques en présence d'un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée	Mesures spécifiques lors d'une éclosion de grippe
3.2.8 Mesures concernant les visiteurs	**4.2.5 Mesures concernant les visiteurs**
• Autoriser la visite à un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée avec l'équipement de protection personnelle; • Rappeler l'importance de la vaccination auprès des visiteurs; • Inviter à s'abstenir de visite, tout visiteur présentant un SAG ou une grippe confirmée jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes et en général cinq jours après le début des symptômes. Si la visite ne peut être reportée (raison humanitaire), il faudra rappeler aux visiteurs symptomatiques la nécessité d'appliquer l'étiquette respiratoire dès leur arrivée et de limiter leurs déplacements dans le milieu de soins.	• Informer les visiteurs des mesures de prévention et de contrôle à respecter; • Inviter à s'abstenir de visite, tout visiteur présentant un SAG ou une grippe confirmée jusqu'à au moins 24 heures après la fin des symptômes et en général cinq jours après le début des symptômes. Si la visite ne peut être reportée (raison humanitaire), il faudra rappeler aux visiteurs symptomatiques la nécessité d'appliquer l'étiquette respiratoire dès leur arrivée et de limiter leurs déplacements dans le milieu de soins; • Envisager de restreindre les visites, à moins de raisons humanitaires, lors d'éclosion majeure. Cette décision doit être prise par le comité de gestion d'éclosion, en collaboration avec la direction de l'établissement; • Rappeler l'importance de la vaccination auprès des visiteurs.
	4.2.6 Mesures concernant les nouvelles admissions
	Dans un établissement où sévit une éclosion de grippe, selon la sévérité, plusieurs options sont possibles : • Regrouper les nouvelles admissions sur une aile ou une section d'une aile ou un bout de l'unité avec des travailleurs de la santé dédiés, en particulier les soignants; • Limiter les admissions sur l'unité touchée; • Si l'éclosion est majeure, envisager de reporter les admissions électives ou ultimement fermer l'unité aux admissions jusqu'à la fin de l'éclosion.
3.3 Mesures concernant la prise en charge des travailleurs de la santé	**4.3 Mesures concernant la prise en charge des travailleurs de la santé durant une éclosion de grippe**
3.3.1 Travailleurs asymptomatiques ayant été en contact étroit avec un cas présentant un SAG ou une grippe confirmée	**4.3.1 Mesures concernant les travailleurs asymptomatiques**
• Surveiller l'apparition de symptômes de grippe jusqu'à 72 heures après le dernier contact avec un cas présentant un SAG ou une grippe confirmée afin d'éviter l'introduction du virus ailleurs (ex. : unités de soins, établissements).	• Surveiller l'apparition de symptômes jusqu'à 72 heures après leur dernier contact avec un cas de grippe. Si possible, il est recommandé que seulement des travailleurs de la santé immunisés (vaccinés ou ayant fait une grippe confirmée) travaillent aux soins des patients de l'unité où a lieu l'éclosion. Idéalement le personnel œuvrant dans l'unité touchée devrait être dédié à cette unité.

Mesures spécifiques en présence d'un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée	Mesures spécifiques lors d'une éclosion de grippe
3.3.2 Travailleurs présentant un SAG ou une grippe confirmée	**4.3.2 Mesures concernant les travailleurs symptomatiques**
• Les travailleurs qui développent un SAG ou une grippe confirmée avisent le service de santé et sécurité au travail et le responsable de l'unité de soins de leur condition; • Il revient habituellement au service de santé et de sécurité au travail d'assurer le suivi des travailleurs symptomatiques et de les référer au besoin pour un traitement antiviral rapide (ex. : femmes enceintes ou travailleurs de la santé atteints de maladies chroniques); • La décision de retirer des soins un travailleur qui développe un SAG ou une grippe confirmée doit se prendre par le service de santé et sécurité au travail en collaboration avec l'équipe de PCI selon la politique locale. La durée du retrait est minimalement jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes systémiques, idéalement cinq jours. Si les symptômes persistent plus de sept jours, il est nécessaire de procéder à une réévaluation.	• Aviser le service de santé et sécurité au travail et leur supérieur immédiat s'ils présentent un SAG ou une grippe confirmée; Le service de santé et sécurité au travail pourra retirer des soins aux patients les travailleurs de la santé qui développent un SAG, vaccinés ou non, jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes, idéalement cinq jours. L'établissement pourrait aussi considérer une réaffectation temporaire après évaluation du risque et des besoins (ex. : auprès des patients atteints sur les unités affectées par l'éclosion).
3.3.3 Autres mesures	**4.3.3 Autres mesures**
• Rappeler aux travailleurs de la santé l'importance de la vaccination pour leur protection personnelle et celle des patients; • Faire une relance de la vaccination aux travailleurs de la santé non vaccinés; • La décision d'administrer une prophylaxie postexposition n'est pas systématique. Elle est prise en collaboration par le service de santé et sécurité au travail selon le protocole local et le médecin traitant, en particulier pour les travailleurs de la santé ayant un facteur de risque (ex. : femmes enceintes ou travailleurs de la santé atteints de maladies chroniques).	• Rappeler l'importance de la vaccination aux travailleurs de la santé; • Faire une relance de la vaccination aux travailleurs de la santé non vaccinés sur l'unité de soins en situation d'éclosion; • La décision d'administrer une prophylaxie postexposition n'est pas systématique. Elle est prise conjointement par le service de santé et sécurité au travail, selon le protocole local et le médecin traitant, en particulier pour les travailleurs de la santé ayant un facteur de risque (ex. : femmes enceintes, travailleurs de la santé atteints de maladies chroniques). Le service de santé et sécurité au travail consultera l'équipe de PCI et la direction de santé publique pour la prophylaxie au besoin.

Mesures spécifiques en présence d'un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée	Mesures spécifiques lors d'une éclosion de grippe
3.4 Mesures concernant les communications	**4.4 Mesures concernant les communications**
• Mettre en place un système permettant d'informer régulièrement le personnel du milieu de soins au regard de l'épidémiologie locale durant la saison d'activité grippale. Ce système sera particulièrement utile lorsque de nombreux cas de grippe communautaires ou nosocomiaux, séjourneront dans le milieu de soins et que la vigilance du personnel devra être accrue pour repérer l'apparition de nouveaux cas. Ce système peut également être utile à la transmission de toute autre information jugée nécessaire. • Mettre en place des affiches (ex. : PCI à la porte de la chambre, hygiène et étiquette respiratoire dans l'établissement) et offrir toute information pertinente à la clientèle; • Mettre en application le plan de communication (ex. : lettres types, vaccination, messages téléphoniques); • Aviser de la présence d'un patient développant un SAG ou pour lequel une grippe est confirmée afin de rehausser la surveillance d'apparition de nouveau cas sur l'unité, en particulier : - Le médecin traitant; - Le chef de l'unité concernée; - Les coordonnateurs jour-soir-nuit-fin de semaine; - L'admission. L'unité de soins devra aviser l'équipe de PCI si de nouveaux cas surviennent.	• Aviser les personnes clés de l'organisation (ex. : direction de qui elle relève, direction générale, chef d'unité concernée, autres) dès la confirmation d'une éclosion; • Avoir en place un processus pour convoquer rapidement le comité de gestion d'éclosion au besoin; • Réaliser le plan de communication interne afin d'informer de la situation : - En temps réel, l'ensemble des travailleurs de la santé, en particulier les soignants, pour qu'une vigilance accrue de la survenue de nouveaux cas nosocomiaux soit réalisée ainsi que les mesures soient respectées; - Les patients et les visiteurs pour qu'ils respectent les mesures mises en place; - Les médias, au besoin. • Ajuster la stratégie de communication selon les besoins et l'évolution de la situation (ex. : affiches, lettres types, messages téléphoniques); • Informer régulièrement la direction de santé publique et au besoin l'agence de santé et des services sociaux de l'évolution de la situation; • Ajuster le plan de communication et aviser au besoin les partenaires de la reprise des activités ou des admissions.
	4.5 Critères de signalement à la santé publique
	• Signaler à la direction de santé publique de votre région toute éclosion qui implique une transmission entre des patients hospitalisés dans des chambres différentes, en particulier hors saison grippale ou lorsqu'il y a une éclosion majeure ou lorsqu'on suspecte une résistance aux antiviraux (ex. : survenue de cas de grippe confirmé 72 heures après le début d'une prophylaxie); • Informer rapidement l'agence de la santé et des services sociaux lorsqu'une unité spécifique ou spécialisée est en éclosion et qu'il y a restriction des admissions pouvant avoir un impact sur l'accès aux soins au niveau de l'établissement (ex. : débordement à l'urgence) ou régional ou provincial afin qu'on puisse prendre les mesures de mitigation nécessaires (ex. : unité de néonatalogie, corridor de soins).

AIDE-MÉMOIRE

Préparation à la saison grippale

- ☐ 1.2.1 Clarification des rôles et responsabilités
- ☐ 1.2.2 Préparation à la vaccination contre la grippe saisonnière
- ☐ 1.2.3 Préparation à la confirmation des cas par les tests diagnostiques (laboratoire)
- ☐ 1.2.4 Préparation à la surveillance et à la prise en charge des cas
- ☐ 1.2.5 Préparation à la survenue d'une éclosion
- ☐ 1.2.6 Préparation de la procédure locale pour la prise en charge d'une éclosion
- ☐ 1.2.7 Préparation des communications

Vaccination contre la grippe saisonnière

- ☐ 2.1.1 Vaccination des patients
- ☐ 2.1.2 Vaccination des travailleurs de la santé

Surveillance

- ☐ 2.2.2 Mécanismes de surveillance

Mesures de prévention et de contrôle

- ☐ 3.1.3 Hygiène et étiquette respiratoire

Mesures spécifiques en présence d'un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée

- ☐ 3.2.1 Mesures requises en présence d'un patient présentant un SAG
- ☐ 3.2.2 Mesures requises en présence d'un cas de grippe confirmée
- ☐ 3.2.3 Mesures requises pour les contacts étroits significatifs
- ☐ 3.2.4 Déplacements
- ☐ 3.2.5 Précautions lors de procédure à risque de générer des aérosols
- ☐ 3.2.6 Autres mesures
- ☐ 3.2.7 Mesures concernant l'hygiène et la salubrité
- ☐ 3.2.8 Mesures concernant les visiteurs

Mesures concernant la prise en charge des travailleurs de la santé

- ☐ 3.3.1 Travailleurs asymptomatiques ayant été en contact étroit avec un cas
- ☐ 3.3.2 Travailleurs présentant un SAG ou une grippe confirmée
- ☐ 3.3.3 Autres mesures

Mesures concernant les communications

- ☐ 3.4 Mesures concernant les communications

Éclosion de grippe

Mesures spécifiques lors d'une éclosion de grippe

- ☐ 4.2.1 Mesures requises en situation d'éclosion de grippe
- ☐ 4.2.2 Déplacements
- ☐ 4.2.3 Autres mesures
- ☐ 4.2.4 Mesures concernant l'hygiène et la salubrité
- ☐ 4.2.5 Mesures concernant les visiteurs
- ☐ 4.2.6 Mesures concernant les nouvelles admissions

Mesures concernant la prise en charge des travailleurs de la santé

- ☐ 4.3.1 Mesures concernant les travailleurs asymptomatiques
- ☐ 4.3.2 Mesures concernant les travailleurs symptomatiques
- ☐ 4.3.3 Autres mesures

Mesures concernant les communications

- ☐ 4.4 Mesures concernant les communications

Critères de signalement à la santé publique

- ☐ 4.5 Critères de signalement à la santé publique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **1**
1 GÉNÉRALITÉS **3**
1.1 Notions essentielles sur la grippe 3
1.1.1 Tableau clinique 3
1.1.2 Définitions d'un cas clinique, confirmé et nosocomial 4
1.1.3 Incubation du virus de l'influenza 4
1.1.4 Période de contagiosité du virus de l'influenza 4
1.1.5 Mode de transmission du virus de l'influenza 4
1.2 Préparation à la saison grippale 6
1.2.1 Clarification des rôles et responsabilités 6
1.2.2 Préparation à la vaccination contre la grippe saisonnière 6
1.2.3 Préparation à la confirmation des cas par les tests diagnostiques 7
1.2.4 Préparation à la surveillance et à la prise en charge des cas 7
1.2.5 Préparation à la survenue d'une éclosion 8
1.2.6 Préparation de la procédure locale pour la prise en charge d'une éclosion 8
1.2.7 Préparation des communications 9
2 PRÉVENTION **11**
2.1 Vaccination contre la grippe saisonnière 11
2.1.1 Vaccination des patients 11
2.1.2 Vaccination des travailleurs de la santé 12
2.1.3 La vaccination antigrippale : une obligation éthique et une responsabilité 12
2.1.4 Relance de la vaccination 14
2.2 Surveillance 14
2.2.1 Surveillance des cas présentant un SAG et une grippe confirmée 14
2.2.2 Mécanismes de surveillance 15
3 MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE **17**
3.1 Généralité 17
3.1.1 Hiérarchie des mesures 17
3.1.2 Pratiques de base 17
3.1.3 Hygiène et étiquette respiratoire 17
3.2 Mesures spécifiques en présence d'un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée 18
3.2.1 Mesures requises en présence d'un patient présentant un SAG 20
3.2.2 Mesures requises en présence d'un cas de grippe confirmé 21
3.2.3 Mesures requises pour les contacts étroits significatifs du patient présentant un SAG ou une grippe confirmée 22
3.2.4 Déplacements du patient présentant un SAG ou une grippe confirmée 22
3.2.5 Précautions lors de procédure à risque de générer des aérosols 23
3.2.6 Autres mesures 23
3.2.7 Mesures concernant l'hygiène et la salubrité 23

3.2.8 Mesures concernant les visiteurs 23
3.3 Mesures concernant la prise en charge des travailleurs de la santé 24
3.3.1 Travailleurs asymptomatiques ayant été en contact étroit avec un cas présentant un SAG ou une grippe confirmée 24
3.3.2 Travailleurs présentant un SAG ou une grippe confirmée 24
3.3.3 Autres mesures 24
3.4 Mesures concernant les communications 25
4 ÉCLOSION 27
4.1 Définition d'éclosion de grippe 27
4.2 Mesures de contrôle d'une éclosion de grippe 27
4.2.1 Mesures requises en situation d'éclosion de grippe 28
4.2.2 Déplacements des patients en situation d'éclosion de grippe 30
4.2.3 Autres mesures 30
4.2.4 Mesures concernant l'hygiène et la salubrité 31
4.2.5 Mesures concernant les visiteurs 31
4.2.6 Mesures concernant les nouvelles admissions 31
4.3 Mesures concernant la prise en charge des travailleurs de la santé durant une éclosion de grippe 32
4.3.1 Mesures concernant les travailleurs asymptomatiques 32
4.3.2 Mesures concernant les travailleurs symptomatiques 32
4.3.3 Autres mesures 32
4.4 Mesures concernant les communications 33
4.5 Critères de signalement à la santé publique 33
5 UTILISATION DES ANTIVIRAUX 35
5.1 Traitement 35
5.2 Prophylaxie 35
CONCLUSION 39
RÉFÉRENCES 41
ANNEXE 1 RÉFÉRENCES POUR IDENTIFIER LES PARTICULARITÉS INHÉRENTES À CHAQUE SAISON GRIPPALE 45
ANNEXE 2 TABLEAU DES CARACTÉRISTIQUES DES VIRUS RESPIRATOIRES 49
ANNEXE 3 GRILLES DE SURVEILLANCE 53
ANNEXE 4 LABORATOIRE 57
ANNEXE 5 ALGORITHME POUR LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ 61
ANNEXE 6 ALGORITHME POUR LA CONFIRMATION D'UNE ÉCLOSION DE GRIPPE 65
ANNEXE 7 EXEMPLE D'UN COMITÉ DE GESTION D'ÉCLOSION 69
ANNEXE 8 ALGORITHME POUR LA PRISE EN CHARGE DES CAS ET DES CONTACTS EN SITUATION D'ÉCLOSION 73
ANNEXE 9 INFORMATION SUR L'UTILISATION DES INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE 77

INTRODUCTION

La grippe[2], aussi connue sous le nom d'influenza, est une infection contagieuse des voies respiratoires. Elle est causée par le virus de l'influenza qui est ubiquiste. Les éclosions de grippe sont souvent caractérisées par l'apparition rapprochée de plusieurs cas de grippe (ASPC, 2010). Bien que la plupart surviennent dans les établissements de soins de longue durée, des éclosions sont aussi rapportées dans des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (ASPC, 2010). D'ailleurs, ces derniers constituent des endroits propices à l'introduction et la transmission du virus de l'influenza. En effet, ils regroupent des personnes qui consultent entre autres, pour la grippe et d'autres qui, bien souvent sont à risque de développer des complications sérieuses s'ils l'attrapent. Cette situation met en évidence la nécessité de mettre en place des mesures adéquates pour prévenir et contrôler les éclosions de grippe en CHSGS. De plus, les conséquences de la grippe notamment chez les enfants et les immunosupprimés, jumelées à une période de contagiosité plus longue pour cette clientèle, amènent à considérer l'implantation de mesures spécifiques visant à réduire la transmission du virus dans les unités de pédiatrie et les unités qui hébergent les patients immunosupprimés.

L'objectif de ce document est de fournir des recommandations sur les mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière à appliquer dans les CHSGS, incluant les unités de pédiatrie. Il s'adresse aux équipes locales de prévention et de contrôle des infections (PCI) qui travaillent en collaboration avec les autres directions concernées, avec leur service de santé et sécurité au travail et aussi avec leur direction de santé publique, au besoin.

Ce document est divisé en cinq chapitres suivis de neuf annexes. Le premier chapitre aborde les notions essentielles sur la grippe et la préparation à la saison grippale. Dans le deuxième chapitre, il est question de vaccination et de surveillance. Le troisième chapitre porte sur la hiérarchie des mesures, les pratiques de base, l'hygiène et l'étiquette respiratoire ainsi que les mesures de prévention et de contrôle. De plus, les mesures spécifiques en présence d'un cas de grippe confirmé y sont expliquées avec des recommandations spécifiques concernant les patients présentant un syndrome d'allure grippale (SAG), l'hygiène et salubrité, les visiteurs, la prise en charge des travailleurs de la santé ainsi que les communications. Au quatrième chapitre, la définition d'éclosion de grippe, les mesures de contrôle durant une éclosion avec les recommandations spécifiques et les critères de signalement à la santé publique sont présentés. Finalement, la place de l'utilisation des antiviraux décrite de façon plus détaillée fait l'objet du dernier chapitre.

[2] Selon le grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française (2004), le terme grippe est définit comme une « maladie infectieuse virale à début soudain, qui est caractérisée par une inflammation des voies respiratoires accompagnée de fièvre, de fatigue, de douleurs musculaires et de céphalées, et parfois d'une toux sèche, de nausées et de vomissements ». La grippe est causée par le virus de l'influenza. Le terme influenza pour désigner la maladie est considéré désuet. Information disponible en ligne sur le site Internet de l'Office québécois de la langue française à l'adresse suivante : http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ (page consultée le 11 janvier 2012).

Dans les annexes, différents éléments plus pratiques sont présentés visant à outiller l'équipe de PCI pour la mise en application des recommandations, telles que des références pour identifier les particularités inhérentes à chaque saison grippale, un tableau d'information sur les caractéristiques des virus respiratoires, deux modèles de grilles de surveillance, un exemple de constitution d'un comité de gestion d'éclosion, différents algorithmes pour faciliter l'intervention et finalement, des informations spécifiques sur les antiviraux.

Les recommandations formulées n'abordent pas les mesures à prendre en cas de pandémie. Ces recommandations proviennent de la revue de la littérature et des avis d'experts et se fondent sur l'épidémiologie et les connaissances actuelles sur les mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière. Elles tiennent compte des recommandations québécoises pour les soins de longue durée, soit celles du *Guide d'intervention influenza en milieux d'hébergement et de soins de longue durée - prévention, surveillance et contrôle* (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006) et de la *Fiche synthèse sur l'influenza dans les CHSLD 2011-2012* adoptée par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) (Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD », 2011). De plus, les recommandations furent élaborées en considérant également les lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2010) intitulées *Mesures de prévention et contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans les établissements de soins actifs et les établissements de soins de longue durée - Grippe saisonnière* et celles des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2010) intitulée *Prevention strategies for seasonal influenza in healthcare settings.*

1 GÉNÉRALITÉS

1.1 NOTIONS ESSENTIELLES SUR LA GRIPPE

Veuillez tenir compte que l'annexe 1 présente différentes références disponibles sur Internet pour identifier les particularités inhérentes des virus de l'influenza circulants à chaque saison grippale et l'annexe 2 présente un résumé des caractéristiques du virus de l'influenza en plus de celles d'autres virus respiratoires.

1.1.1 Tableau clinique

La grippe est une infection aiguë des voies respiratoires supérieures causée par le virus de l'influenza A ou B. Les symptômes de la grippe sont les suivants :

- Fièvre : début soudain et pouvant durer de trois à cinq jours;
- Toux : débutant généralement dans les heures qui suivent la fièvre;
- Mal de gorge, rhinorrhée, éternuements pouvant précéder de peu la fièvre;
- Frissons pouvant précéder de peu la fièvre;
- Fatigue;
- Maux de tête (céphalée);
- Courbatures (myalgies ou arthralgies);
- Douleurs thoraciques parfois intenses;
- Difficultés respiratoires;
- Confusion.

En période épidémique, un diagnostic de grippe posé sur la base du tableau clinique d'apparition brusque de symptômes accompagnés de fièvre à 38 °C et de toux s'avère juste dans 60 à 87 % des cas chez les jeunes adultes en santé (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006). Cependant, chez les personnes âgées vivant dans la communauté, la valeur prédictive de cette triade de symptômes n'est que de 44 % [IC 30-58] pour celles qui consultent leur médecin de famille (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006; Govaert et collab., 1998). Chez les personnes âgées, la présentation clinique est souvent atypique et la fièvre absente. Ainsi, une température légèrement élevée ou abaissée par rapport à leur température habituelle pourrait être significative. D'ailleurs, les personnes âgées pourraient ne présenter que de la forte fièvre, de la lassitude et de la confusion sans les symptômes respiratoires caractéristiques de la grippe (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006).

Chez les enfants, en plus des symptômes précédemment mentionnés, la fièvre peut être plus élevée et les symptômes gastro-intestinaux plus fréquents. La grippe peut également être associée à une laryngite, une bronchiolite ou toute autre maladie aiguë des voies respiratoires. À l'examen, la plupart des jeunes enfants présentent une pharyngite ou une otite. Les symptômes chez les nouveau-nés sont souvent non spécifiques : léthargie, perte d'appétit, apnée, fièvre d'origine indéterminée, pneumonie.

1.1.2 Définitions d'un cas clinique, confirmé et nosocomial

Lorsque le tableau clinique du patient est compatible avec une grippe sans que le diagnostic ne soit confirmé par laboratoire, on parle alors de syndrome d'allure grippale (SAG). La définition clinique du SAG retenue à des fins de surveillance et de mise en place de mesures de PCI peut être modulée selon le besoin de plus de sensibilité ou de spécificité (voir section 2.2.1).

Un cas de grippe sera considéré « confirmé » lorsque le diagnostic est confirmé par un test de laboratoire (voir annexe 4) ou par un lien épidémiologique avec un autre cas confirmé par un test de laboratoire (ex. : éclosion).

Un cas de grippe sera considéré « d'acquisition nosocomiale » si les symptômes de la grippe sont apparus ≥ 72 heures après l'arrivée du cas dans le centre hospitalier ou apparus ≤ 24 heures après la sortie du cas du centre hospitalier. Lorsque les symptômes débutent entre 24 et 72 heures après l'entrée ou la sortie du cas du centre hospitalier, il faudra vérifier la présence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé du centre hospitalier ou de la communauté pour déterminer si le cas est nosocomial ou non (voir section 4.1).

1.1.3 Incubation du virus de l'influenza

L'incubation (délai entre l'inoculation et le développement de symptômes) dure en moyenne de deux à trois jours (72 heures), mais peut varier d'un à quatre jours selon la quantité de virus inoculée et l'état immunitaire de la personne.

1.1.4 Période de contagiosité du virus de l'influenza

Généralement, la période de contagiosité s'étend de 24 heures avant le début des symptômes jusqu'à cinq jours après le début des symptômes chez l'adulte.

Chez les enfants, la durée de la contagiosité peut se prolonger jusqu'à sept jours après le début des symptômes. Notons qu'il est rapporté que l'excrétion virale peut se continuer au-delà de dix jours selon la souche et en fonction de l'immunité préalable du patient infecté et l'efficacité d'un traitement. Elle peut se prolonger notamment chez les personnes âgées et les personnes immunosupprimées.

Chez tous les cas, la quantité de virus propagée par une personne infectée est maximale au cours des deux à trois premiers jours de la maladie et semble correspondre en général au moment où la température corporelle est la plus élevée (CDC, 2010a).

1.1.5 Mode de transmission du virus de l'influenza

En moyenne, le virus peut rester infectieux jusqu'à cinq minutes sur la peau, de 8 à 12 heures sur du papier ou sur la literie, quelques heures dans les sécrétions séchées et jusqu'à 48 heures sur des objets. Les conditions environnementales peuvent faire en sorte que ces durées de survie soient plus longues ou plus courtes. Il se transmet principalement par gouttelettes infectieuses de sécrétions respiratoires projetées dans l'air par des personnes infectées lorsqu'elles postillonnent, toussent ou éternuent. Il peut se transmettre

par contact direct (de personne à personne) avec les sécrétions nasopharyngées et par contact indirect avec des objets souillés par des secrétions du nez ou de la gorge d'une personne infectée. Les travailleurs de la santé[3], en particulier les soignants, peuvent contribuer à la transmission des infections dans les établissements de santé.

L'examen du mécanisme de transmission des infections respiratoires permet de constater que de nombreux facteurs interviennent pour favoriser ou réduire le risque d'acquisition et de transmission (Kowalski et Bahnfleth, 1998; ASPC, 2011a). Ces facteurs se regroupent en trois catégories et tiennent compte des éléments qui influencent :

- La distance et la trajectoire des particules produites par la personne infectée (environnement, mesures barrières);
- La possibilité que ces particules qui atteignent une personne aient un potentiel infectieux (agent infectieux);
- Le risque individuel de développer une infection (susceptibilité de la personne).

Dans certaines circonstances, la littérature suggère que le virus de l'influenza se transmet par voie aérienne opportuniste[4] (Roy et Milton, 2004; CDC, 2007; Brankston et collab., 2007; Tellier, 2006), en particulier lors des procédures à risque de générer des aérosols (PGA) parmi les suivantes (CINQ, 2009a) :

- Intubation;
- Bronchoscopie;
- Réanimation cardio-respiratoire;
- Aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert (excluant les prélèvements nasopharyngés).

« Selon les études épidémiologiques ainsi que celles faites en laboratoire, il semble que les aérosols de virus influenza, lorsque présents, ne franchissent pas de grandes distances et ne demeurent pas en suspension dans l'air pendant de longues périodes (CDC, 2007) » (CINQ, 2009b).

[3] Dans ce document, le terme « travailleur de la santé » fait référence à toute personne qui donne des soins de santé ou qui travaille dans un établissement de santé auprès des patients (ex. : médecin, infirmière, ambulancier, pharmacien, professionnel dentaire, étudiant en soins infirmiers ou en médecine, technicien de laboratoire, bénévole, travailleur de soutien ou de l'administration d'un établissement (liste non exhaustive). Il inclut les stagiaires de la santé et leurs professeurs. En plus des travailleurs des établissements de santé, ce terme regroupe aussi les premiers répondants qui donnent des soins et les personnes qui donnent des soins de santé dans les cliniques médicales ou dentaires, les cabinets de médecins et les pharmacies communautaires (MSSS, 2009).

[4] Le CINQ (2009a) explique que « la transmission par voie aérienne opportuniste regroupe des infections qui se transmettent habituellement par d'autres modes, tels que par gouttelettes ou contact, mais qui peuvent aussi se propager par de fines particules aérosolisées lorsque les conditions environnementales sont favorables ou dans certaines conditions particulières comme la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols ».

1.2 PRÉPARATION À LA SAISON GRIPPALE

Tout comme pour les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006), en CHSGS, la préparation à la saison grippale est essentielle afin de réduire le risque de transmission de l'infection.

1.2.1 Clarification des rôles et responsabilités

De façon générale, l'équipe de PCI est responsable de développer et diffuser une stratégie de mise en œuvre des mesures de prévention et contrôle de la grippe en collaboration avec les équipes de soins. Le service de santé et sécurité au travail est appelé à développer et à mettre en œuvre la stratégie de vaccination et la prise en charge des travailleurs de la santé, en collaboration avec l'équipe de PCI selon les milieux.

Tous les travailleurs de la santé, en particulier les soignants, doivent appliquer les mesures de prévention et contrôle recommandées selon leurs fonctions. L'équipe de direction doit supporter la stratégie et la mise en place des mesures le cas échéant.

Au niveau régional, le rôle-conseil que jouera la direction de santé publique dépendra des besoins et ententes avec les équipes de PCI en place dans les différents CHSGS. Plus spécifiquement, la direction de santé publique effectue la surveillance de la grippe et des éclosions, relaie l'information pertinente sur la grippe et les éclosions en cours aux instances locales ainsi qu'au niveau régional comme provincial et offre son expertise-conseil aux équipes locales lors d'une éclosion de grippe.

1.2.2 Préparation à la vaccination contre la grippe saisonnière

Étant donné que la vaccination est un élément de base de la prévention de la grippe, le CHSGS doit s'assurer que les patients et les travailleurs de la santé ont un accès facile à la vaccination pendant toute la période prescrite (MSSS, 2009). Les mesures de préparation à la vaccination sont, entre autres, les suivantes :

- Déterminer de qui relève la responsabilité de la vaccination des travailleurs de la santé dans l'établissement en collaboration avec la direction des soins infirmiers (DSI) et le service de santé et sécurité au travail;
- Planifier et mettre en œuvre une stratégie promotionnelle pour favoriser la vaccination des travailleurs de la santé, en particulier les soignants, et des patients comprenant notamment des rappels pour les infirmières et médecins sur la nécessité de vacciner pendant toute la saison grippale les patients qui fréquenteront ou seront admis dans l'établissement[5];
- Développer, si nécessaire, en collaboration avec la DSI et le service de pharmacie, la règle de soins infirmiers pour faciliter la vaccination des patients à risque de complications de la grippe (MSSS, 2009) (Agrément Canada, 2011) (ex. : congé d'un patient, cliniques externes);

[5] La promotion de la vaccination contre l'influenza peut intégrer la promotion de la vaccination contre le pneumocoque si désiré.

- Former et informer les infirmières spécifiquement sur l'indication pour la vaccination et la procédure à suivre pour vacciner les patients concernés;
- S'assurer de la disponibilité d'une liste annuelle du statut vaccinal des travailleurs de la santé et de sa mise à jour.

Davantage de détails sur la vaccination sont présentés dans la section 2.1.

1.2.3 Préparation à la confirmation des cas par les tests diagnostiques

Il est recommandé de :

- Revoir les tests diagnostiques disponibles localement notamment en prenant en compte leur performance (spécificité et sensibilité) pour la saison grippale en cours (voir annexe 4);
- S'assurer d'avoir accès à un test de laboratoire le plus fiable possible comme le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) (ex. : RT-PCR) en particulier pour la confirmation d'une éclosion de grippe;
- Prévoir avec le laboratoire le type de prélèvement requis ainsi que le matériel nécessaire selon la méthode diagnostique utilisée;
- Former et informer les infirmières spécifiquement sur la technique et les indications du prélèvement requis;
- Développer si nécessaire, en collaboration avec la DSI et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, une règle de soins infirmiers pour favoriser un prélèvement rapide des cas de SAG.
- Assurer la mise en place d'une procédure avec le laboratoire afin d'acheminer rapidement et adéquatement les prélèvements et obtenir les résultats des tests.

1.2.4 Préparation à la surveillance et à la prise en charge des cas

Il est recommandé de :

- Développer un programme de surveillance des cas présentant un SAG pour vérifier l'efficacité des mesures en place, repérer les cas nosocomiaux et les éclosions;
- Veiller à ce que les soignants reconnaissent l'apparition d'un SAG chez les patients hospitalisés et qu'ils mettent en place les mesures de prévention et de contrôle requises;
- Former et informer tous les travailleurs de la santé, en particulier les soignants, sur :
  - La période de surveillance de la grippe, la définition d'un SAG et les mécanismes de transmission de l'information à la ou aux personne(s) responsable(s) de la surveillance et au médecin traitant des cas;
  - Les notions de base de la grippe et du virus de l'influenza (ex. : mode de transmission, incubation, tableau clinique, durée de contagiosité, etc.);
  - Les mesures de prévention et de contrôle à mettre en place;
- Planifier l'exécution rapide des cas de SAG dans les premières 72 heures d'apparition des symptômes à prescription médicale ou selon la règle de soins infirmiers.

- S'assurer d'un lien avec la direction de santé publique sur les données de surveillance régionale et provinciale et la déclaration des éclosions.

1.2.5 Préparation à la survenue d'une éclosion

Il est recommandé de :

- Développer une procédure locale (voir section 1.2.6) de prise en charge d'une éclosion (voir section 4.1 pour définition) en collaboration avec les personnes concernées;
- Identifier les personnes qui doivent être avisées lors de la survenue d'une éclosion ainsi que leurs rôles et responsabilités pour contrôler la situation;
- Prévoir les ressources humaines et matérielles potentiellement requises lors d'une éclosion (ex. : comité de gestion d'éclosion).
- Établir en collaboration avec le service de santé et sécurité au travail, la procédure à suivre pour les travailleurs de la santé, en particulier les soignants, qui œuvrent sur une unité en éclosion (ex. : vaccination, prophylaxie, prise en charge des cas symptomatiques, indemnités salariales si retirés du travail, etc.).

1.2.6 Préparation de la procédure locale pour la prise en charge d'une éclosion

Il est recommandé de :

- Développer une procédure locale de prise en charge d'une éclosion pour un contrôle rapide de la situation. L'objectif de la procédure est de préciser si des ajustements sont requis aux mesures d'ingénierie (organisation des lieux physiques), aux mesures organisationnelles (organisation du travail et des services) et aux mesures visant la protection individuelle pour contrôler la situation et déterminer les rôles et responsabilités des personnes appelées à collaborer (voir section 3.1.1).

  La procédure de prise en charge de l'éclosion sera développée en fonction de l'organisation locale des services et des ressources disponibles. La procédure doit comprendre notamment :
  - Les rôles et responsabilités des personnes concernées par l'éclosion;
  - Les définitions pour fins d'interventions : SAG, cas de grippe confirmé, éclosion confirmée, éclosion majeure, fin d'éclosion;
  - Les procédures à suivre selon l'épidémiologie (efficacité du vaccin et des antiviraux, niveau de risque des patients, saison grippale);
  - Le processus décisionnel (évaluation du risque) quant à la prise des antiviraux (voir sections 4.2.3 et 5);
  - La prise en charge des travailleurs exposés ou non et des travailleurs symptomatiques (voir section 4.3);
  - Le plan de communication.

Éléments à adapter dans la procédure au fil de l'éclosion :

- Début d'éclosion (voir section 4.1) :
  - Mesures à mettre en place (voir section 4.2.1);

  - Personnes à aviser, incluant la direction de santé publique, rôles et responsabilités (ex. : direction générale, direction des services professionnels et hospitaliers, direction des soins infirmiers, service de santé au travail, chef d'unité);
  - Critères de mise en place et composition du comité de gestion d'éclosion et fréquence des rencontres (voir annexe 7);
  - Communications dans le milieu de soins : destinataires et contenu, comprenant l'affichage.
- Éclosion majeure (voir section 4.1) :
  - Mesures à mettre en place en plus de celles déjà appliquées en début d'éclosion (voir section 4.2) :
    - Ajustement au comité de gestion d'éclosion s'il y a lieu (voir annexe 7);
    - Plan de communication prévu à l'interne et à l'externe, en particulier avec la direction de santé publique et avec l'agence de la santé et des services sociaux lorsqu'une unité spécifique est en éclosion ou qu'il y a restriction des admissions pouvant affecter l'accès aux soins (ex. : corridor de soins, néonatalogie).
- Fin d'éclosion (voir section 4.1) :
  - Critères de fin d'éclosion;
  - Mesures à réaliser à la fin d'une éclosion;
  - Ajustement du plan de communication et aviser au besoin les partenaires de la reprise des activités ou des admissions.

1.2.7 Préparation des communications

Il est recommandé de :

- Vérifier si les affiches sur l'hygiène et l'étiquette respiratoire sont en place dans les endroits stratégiques ainsi que l'équipement requis pour leur mise en application;
- Vérifier que la politique des visites est bien visible, notamment en ce qui concerne les restrictions d'accès aux visiteurs présentant un SAG ou une grippe confirmée;
- Établir les rôles et responsabilités des personnes concernées par la communication (ex. : quelles sont les personnes qui développent le contenu, quelles sont les personnes qui assurent la diffusion, etc.)
- Prévoir un plan de communication avec une gradation dans les messages diffusés (ex. : temps usuel, avant et pendant la saison grippale, lors d'un cas de grippe, lors d'une éclosion de grippe, lors d'une éclosion majeure de grippe) :
  - Préparer les documents de communication (ex. : affiches, lettres types, messages téléphoniques, relance de la vaccination, documents explicatifs des mesures de prévention et de contrôle pour la clientèle);
  - Prévoir leur mécanisme de transmission (ex. : mécanisme de transmission avant la saison grippale : faire parvenir aux travailleurs de la santé une lettre d'information sur la grippe avant la campagne de vaccination);

- Assurer des mécanismes efficaces de diffusion pour tous les communiqués, tant internes que ceux provenant de la direction de la santé publique au besoin (ex. : bulletin *Flash grippe*, site Internet des directions de santé publique, appel à la vigilance et autres données locales ou régionales selon disponibilité);
- Mettre à jour annuellement le bottin de communications (ex. : télécopieur, téléphone, courriel) avec la direction de santé publique et l'agence de santé et des services sociaux.

2 PRÉVENTION

2.1 VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

Le virus de l'influenza évolue continuellement par des mutations survenant lors de la réplication virale. On appelle ce phénomène une dérive antigénique (*antigenic drift*) qui est responsable de l'émergence saisonnière de nouvelles souches (Nicholson, 1998). Comme les antigènes de surface du virus se modulent dans le temps, la composition du vaccin doit être ajustée en conséquence chaque année. De plus, six mois après la vaccination, on ne peut pas être certain que les taux d'anticorps présents soient à des niveaux protecteurs. La vaccination annuelle demeure le meilleur moyen de prévention (CDC, 2010b; CCNI, 2011; MSSS, 2009, mise à jour 2011). En plus de conférer une protection individuelle, la vaccination des patients et des travailleurs de la santé contribue à réduire la transmission du virus dans le milieu de soins (Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD », 2011; CDC, 2010b). Une couverture vaccinale élevée contre le virus de l'influenza chez les travailleurs de la santé et chez les patients réduit les risques de transmission de la grippe et par conséquent, de complications associées à la grippe (McGeer, 2009; Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD », 2011).

Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) (MSSS, 2009) met à jour annuellement l'information relative à l'administration du vaccin contre la grippe saisonnière (ex. : indication sur les populations à risque, composition du vaccin antigrippal, ses indications, contre-indications, effets secondaires et précautions). Le mécanisme d'obtention du vaccin ou du statut vaccinal des travailleurs de la santé, en particulier des soignants, sera déterminé localement. Pour obtenir l'information, veuillez consulter le chapitre 10.5 du PIQ[6] et pour les responsabilités des professionnels et les aspects légaux, consulter le chapitre 3 du PIQ[6].

2.1.1 Vaccination des patients

Une campagne de vaccination annuelle contre la grippe saisonnière doit être réalisée en respectant le PIQ. La mise en place de différentes stratégies appropriées à l'intérieur de l'établissement (ex. : ressource désignée, règle de soins infirmiers) doit permettre de rejoindre les populations cibles déterminées par la direction de santé publique et rendre la vaccination facilement accessible.

Il est recommandé de :

- Vacciner chaque année les patients à risque de complications de la grippe (ex. : au congé d'un patient, en cliniques externes) (MSSS, 2009, mise à jour 2011; Agrément Canada, 2011);
- Mettre en place différentes stratégies appropriées à l'intérieur de l'établissement pour rappeler aux soignants de proposer la vaccination aux patients à risque (ex. : des affiches promotionnelles, dépliants remis aux patients, sensibilisation des infirmières et médecins, règle de soins infirmiers);

[6] Disponible en ligne sur le site Internet du MSSS à l'adresse suivante : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument (page consultée le 7 juin 2011).

- Recommander de se faire vacciner aux personnes susceptibles de transmettre le virus de l'influenza à des patients présentant un risque élevé de complications (MSSS, 2009, mise à jour 2011) (ex. : aux personnes vivant sous le même toit, aidants naturels);
- Prévoir offrir la vaccination jusqu'après le pic d'activité grippale, habituellement jusqu'en avril de chaque année, à tous les patients à risque de complications de la grippe.

2.1.2 Vaccination des travailleurs de la santé

Les travailleurs de la santé, en particulier les soignants, constituent une des populations cibles à rejoindre pour la vaccination contre la grippe saisonnière (MSSS, 2010). Le service de santé et sécurité au travail est généralement responsable d'assurer la mise sur pied de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière dans l'établissement. Pour favoriser l'implantation de campagnes annuelles de vaccination des travailleurs contre la grippe saisonnière, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), propose une série d'outils[7].

Il est recommandé de :

- Offrir la vaccination chaque année à l'ensemble des travailleurs de la santé de l'établissement (Agrément Canada, 2011);
- Offrir la vaccination jusqu'après le pic d'activité grippale, habituellement jusqu'en avril de chaque année, à tous les nouveaux travailleurs de la santé;
- Faire une relance de la vaccination aux travailleurs de la santé non vaccinés en situation d'éclosion sur une unité de soins ou dans l'ensemble du milieu.

2.1.3 La vaccination antigrippale : une obligation éthique et une responsabilité

Les travailleurs de la santé ont souvent été à l'origine d'éclosions de grippe en transmettant directement le virus de l'influenza aux patients sous leurs soins. D'ailleurs, l'étude de Hayward et collab. (2006) chez des personnes âgées, résidant en soins de longue durée, montre qu'afin de prévenir un décès (toute cause) lié à la grippe, il faut vacciner environ 8,2 [IC 5,8 – 20,4] travailleurs de la santé et pour prévenir un cas d'hospitalisation lié à la grippe, il faut en vacciner 20 [IC 14 – 102] (McGeer, 2009). Selon le Comité consultatif national de l'immunisation (CNNI) :

> L'administration du vaccin antigrippal aux TS [travailleurs de la santé] qui ont des contacts directs avec les patients constitue un élément essentiel des normes de conduite pour la protection des patients. Les TS ayant des contacts directs avec les patients doivent considérer qu'ils ont la responsabilité de fournir des soins de la meilleure qualité possible et, par conséquent, de se faire vacciner chaque année contre l'influenza. En l'absence de contre-indications, leur refus de se faire vacciner peut être assimilé à un manquement à leur obligation de diligence envers leurs patients (CCNI, 2011).

[7] Disponible en ligne sur le site Internet de l'ASSTSAS à l'adresse suivante : http://www.asstsas.qc.ca/dossiers-thematiques/risques-biologiques-infections/influenza-grippe/vaccination-contre-linfluenza-saisonniere.html (page consultée le 7 juin 2011).

D'ailleurs, le Comité d'immunisation du Québec (CIQ) (MSSS, 2009, mise à jour 2011) explique qu'en ce qui concerne la grippe, le Comité consultatif national de l'immunisation (CNNI) estime que l'administration du vaccin antigrippal aux travailleurs de la santé qui ont des contacts directs avec les patients constitue un élément essentiel des normes de conduite pour la protection des patients. De plus, aux États-Unis, le Society for healthcare epidemiology of America (SHEA) et l'Infectious Diseases Society of America (IDSA) (2010) ont demandé l'adoption de politiques de vaccination annuelle contre la grippe saisonnière pour les travailleurs de la santé à des fins d'employabilité toujours en vue de la protection des patients. Lorsqu'appliquées, ces politiques ont en effet entraîné de hauts taux de couverture vaccinale (ex. : 98,4 %) (SHEA, 2010).

De ce fait, le refus de recevoir la vaccination peut aussi entraîner des conséquences sur la présence au travail. À cet effet, en 2008, un arbitre a pris une décision dans une affaire datant de 2004 concernant le droit d'un établissement de santé du Québec de retirer du milieu du travail, sans rémunération, les employés ayant refusé de recevoir le vaccin et la prophylaxie et qui travaillaient directement aux soins des résidants d'un CHSLD en période d'éclosion de grippe (Perrault, R., 2008).

L'arbitre a conclu que bien que les employés aient le droit de refuser d'être vaccinés, l'exercice d'un choix amène nécessairement des conséquences. Ici un transfert d'unité n'était pas possible au risque que les employés, qui peuvent être en incubation du virus, puissent contaminer d'autres résidants. L'arbitre a d'ailleurs souligné que :

> La Charte [Charte des droits et libertés de la personne] n'est pas un contrat d'assurance tout risque permettant à une personne, en l'occurrence une employée d'un CHSLD, de recevoir une compensation pour une exclusion du milieu de travail alors qu'elle a refusé d'être vaccinée et de recevoir la prophylaxie comme c'était son choix et son droit. Ainsi, les griefs ont été rejetés puisque la santé publique est un objectif suffisamment important qui justifie le retrait des salariés qui refusent la vaccination lorsqu'une période d'éclosion d'influenza survient (Perrault, R., 2008).

En résumé, le travailleur de la santé a le droit d'accepter ou de refuser la vaccination ou la prise d'antiviraux en prophylaxie, mais il doit être conscient des risques et des conséquences de ses choix pour lui et les patients (ex. : réaffectation ou retrait du travail auprès de patients vulnérables en cas d'éclosions de grippe). D'ailleurs, selon le CNNI :

> Pour protéger les patients vulnérables durant une éclosion, il est raisonnable de les empêcher d'avoir des contacts directs avec les TS [Travailleurs de la santé] qui ont contracté une infection grippale confirmée ou présumée, et avec les TS qui ne sont pas vaccinés et ne reçoivent pas de traitement prophylactique antiviral. Les organisations de soins de santé devraient avoir des politiques en place à cet égard (CCNI, 2011).

Pour obtenir plus d'information quant aux responsabilités des établissements en matière de vaccination des travailleurs de la santé, consulter la section 3.11 du PIQ[8].

[8] Disponible en ligne sur le site Internet du MSSS à l'adresse suivante : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument (page consultée le 6 juillet 2011).

2.1.4 Relance de la vaccination

En présence d'activité grippale dans la communauté ou dans l'établissement, il demeure important d'effectuer une relance de la vaccination contre la grippe saisonnière. La vaccination doit être offerte à tous les travailleurs de la santé qui ne sont pas encore vaccinés.

2.2 SURVEILLANCE

La mise en place d'une surveillance des cas de grippe est requise pour connaître l'épidémiologie locale, repérer les cas nosocomiaux et les éclosions, et confirmer ou non l'efficacité des mesures de prévention et de contrôle mises en place. Notamment, une surveillance adéquate permet de détecter rapidement toute éclosion (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006).

La période de surveillance active de la grippe s'étend habituellement de novembre à la fin avril. La surveillance est une activité partagée entre les équipes de soins et l'équipe de PCI. Habituellement, l'équipe de PCI documente l'épidémiologie locale pour repérer les situations de transmission du virus de l'influenza et les équipes de soins repèrent les patients présentant un SAG qui éventuellement seront des cas confirmés de grippe, pour mettre en place les mesures de prévention et contrôle appropriées.

Par ailleurs, les travailleurs de la santé, en particulier les soignants, doivent être vigilants et dès l'apparition d'un SAG chez un patient, ils doivent suivre la procédure retenue localement (voir section 3.2).

2.2.1 Surveillance des cas présentant un SAG et une grippe confirmée

L'atteinte des objectifs de prévention du programme local de surveillance de la grippe requiert une cueillette des données sur les cas de grippe confirmés ainsi que sur les patients potentiellement atteints de grippe, c'est-à-dire ceux qui présentent un SAG, minimalement jusqu'à ce que soit exclu ou confirmé le diagnostic. La probabilité qu'une personne qui présente un SAG soit réellement atteinte de grippe varie en fonction de la prévalence et de l'incidence du virus de l'influenza et des autres virus respiratoires dans la communauté (ex. : VRS, para-influenza, adénovirus).

Le début de la saison grippale sera annoncé officiellement par la direction de santé publique et diffusé localement par l'équipe de PCI de l'établissement. En général, la saison grippale débute lorsque le nombre et le pourcentage de tests positifs pour le virus de l'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles au Québec est suffisant (ex. : en augmentation pendant au moins trois semaines consécutives, 3 à 5 % de tests positifs atteints) ou lorsque des éclosions de grippe surviennent. Le Bureau de surveillance et de vigie du MSSS en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza (GPSVI)

publie un bulletin *Flash grippe* ainsi qu'une mise à jour hebdomadaire de l'indice d'activité grippale (voir annexe 1)[9] .

La définition d'un cas de grippe basée uniquement sur le tableau clinique (SAG) doit donc être adaptée en fonction de l'épidémiologie locale ou régionale d'où l'importance d'assurer un lien étroit avec la surveillance de l'activité grippale locale et communautaire.

La définition clinique considérée la plus spécifique comprendrait les symptômes suivants :

- Apparition soudaine de fièvre (température buccale de 38 °C ou plus);
- **ET** toux;
- **ET** au moins un des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgies, myalgies, prostration ou fatigue extrême.

Durant la saison grippale, en particulier durant une éclosion, une définition de cas plus sensible basée sur le tableau clinique pourrait être retenue. Cette définition permettrait de repérer rapidement l'introduction du virus de l'influenza dans l'établissement ou de nouveaux cas de grippe lors d'une éclosion et de mettre en place des mesures de prévention et de contrôle afin d'éviter la transmission secondaire en attendant la confirmation du diagnostic. Par exemple, cette définition pourrait être :

- Apparition soudaine de fièvre (température buccale de 38 °C ou plus);
- **OU** toux;
- **ET** au moins un des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgies, myalgies, prostration ou fatigue extrême.

L'utilisation de ces définitions comporte cependant une certaine limite puisque les patients qui sont infectés par un virus de l'influenza ne présentent pas tous un SAG et inversement, les patients présentant un SAG ne sont pas tous infectés par un virus de l'influenza (McGeer, 2009). Les symptômes peuvent être atypiques (ex. : atteinte de l'état général) en particulier chez les jeunes enfants (ex. : symptômes gastro-intestinaux) et chez les personnes âgées (ex. : toux plus tardive et fièvre parfois absente) (Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD », 2011).

2.2.2 Mécanismes de surveillance

Il est recommandé à chaque établissement de prévoir des mécanismes favorisant une surveillance efficace de la grippe. Par exemple :

- Informer tous les travailleurs de la santé de l'existence du programme de surveillance, sur son importance et de la collaboration attendue;
- Définir le mécanisme qui permettra de repérer les cas présentant un SAG et une grippe confirmée et établir qui sera responsable de compléter la grille de surveillance des cas repérés (voir annexe 3);

[9] Disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?flash_influenza (page consultée le 12 décembre 2011).

- Aviser la ou les personne(s) responsable(s) (ex. : médecin traitant, chef d'unité, responsable de la surveillance) chaque fois qu'un patient développe des symptômes qui s'apparentent à ceux d'un SAG ou qu'une grippe est confirmée (centralisation de l'information) (pour tous les quarts de travail, incluant ceux de la fin de semaine);
- Demander aux travailleurs de la santé, en particulier aux soignants, d'aviser le service de santé et sécurité au travail s'ils s'absentent en raison d'un SAG ou une grippe confirmée;
- Faire le lien avec le laboratoire pour être informé des tests positifs pour le virus de l'influenza en particulier pour un cas sous médication antivirale;
- Signaler une éclosion de grippe à la direction de santé publique (voir section 4.5).

Deux modèles de grilles de surveillance de cas présentant un SAG (patients et travailleurs de la santé) sont disponibles à l'annexe 3 (adaptées des grilles de surveillance CHSLD (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006)). Ces grilles permettent de colliger les renseignements nécessaires pour l'instauration des mesures de prévention et de contrôle et pour la coordination des interventions.

3 MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE

3.1 GÉNÉRALITÉ

3.1.1 Hiérarchie des mesures

La perspective d'application des mesures de prévention et de contrôle des infections selon une hiérarchie à composantes multiples (CAC, 2007) est de plus en plus utilisée en santé publique. Cette approche permet d'aborder la problématique de la transmission des infections en répartissant les mesures de prévention et de contrôle dans trois catégories selon qu'elles permettent de réduire le risque d'exposition par des mesures techniques ou d'ingénierie (ex. : aménagement d'un espace réservé aux personnes avec symptômes d'infection respiratoire dans les salles d'attente), des mesures organisationnelles (ex. : vaccination, faire une cohorte de cas en situation d'éclosion) ou des mesures de protection personnelle (ex. : port d'un masque en présence d'un patient présentant un SAG).

C'est l'application combinée des mesures de chacun de ces niveaux qui confère une protection optimale contre la transmission du virus de l'influenza.

3.1.2 Pratiques de base

Les pratiques de base doivent être appliquées en tout temps lors des soins offerts aux patients (ASPC, 2010; Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006). Une des pratiques de base la plus importante et la plus efficace demeure l'hygiène des mains (lavage des mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydro-alcoolisée) (Institute for healthcare improvement, non daté). Pour plus d'information, veuillez consulter le *Guide de prévention des infections – Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé* de l'ASPC[10] (1999).

3.1.3 Hygiène et étiquette respiratoire

Pour diminuer la transmission et l'acquisition d'infections respiratoires, il est recommandé que des mesures soient appliquées pour toutes les personnes qui présentent un tableau clinique d'infection respiratoire dès leur arrivée dans l'établissement de soins et principalement dans les salles d'attente (ex. : urgence, radiologie) et les aires communes.

Ces mesures sont communément appelées les mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire. Elles consistent à (ASPC, 2009; 2010; CINQ, 2004) :

- Placer des affiches indiquant aux personnes présentant de la fièvre et de la toux qui consultent pour recevoir des soins d'en aviser le personnel soignant;

[10] Disponible en ligne sur le site Internet de l'ASPC, RMTC Supplément Volume 25S4, juillet 1999 à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99vol25/25s4/index_f.html (page consultée le 7 juin 2011).

- Mettre en place l'utilisation du masque de procédure ou chirurgical (CINQ, 2009b) par toutes les personnes présentant de la fièvre et de la toux ou à défaut, les inviter à se couvrir le nez et la bouche (ex. : mouchoir, manche) lorsqu'elles toussent ou éternuent;
- Fournir des papiers mouchoirs et une poubelle pour les personnes qui toussent ou éternuent;
- Encourager toutes les personnes présentant de la fièvre et de la toux à pratiquer l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydro-alcoolisée;
- Établir une séparation spatiale d'au moins deux mètres (ASPC, 2010) entre les personnes présentant de la fièvre et de la toux et les autres personnes sauf si une barrière physique est en place. Réserver une section de la salle d'attente aux personnes atteintes d'une infection respiratoire.

Un renforcement doit être apporté pour l'application rigoureuse de ces mesures pendant la saison grippale (principalement de novembre à avril). Pour plus d'information, veuillez consulter l'avis scientifique du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (CINQ, 2004) intitulé *Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins*[11].

3.2 MESURES SPÉCIFIQUES EN PRÉSENCE D'UN PATIENT PRÉSENTANT UN SAG OU UNE GRIPPE CONFIRMÉE

L'évolution rapide des connaissances sur la transmission des infections respiratoires et l'expérience vécue lors de la récente pandémie de grippe ont conduit à l'apparition d'une controverse sur la nécessité d'appliquer systématiquement des précautions contre la transmission par gouttelettes et contact avec tous les cas de grippe confirmés ou seulement des précautions contre la transmission par gouttelettes. On a de plus assisté à une conceptualisation distincte des précautions contre la transmission par gouttelettes par divers organismes reconnus (CDC, 2010; ASPC, 2010).

Les précautions contre la transmission par gouttelettes consistent à réduire le risque de transmission d'une infection qui se propage par la dispersion de grosses gouttelettes dans un périmètre d'environ deux mètres d'une personne infectée. Les précautions contre la transmission par gouttelettes et contact sont requises lorsque l'environnement immédiat d'un patient présentant une infection respiratoire transmissible peut contribuer à la transmission de l'infection suite à une contamination par les sécrétions respiratoires du patient projetées lors de la toux, de l'éternuement, de l'aspiration de sécrétions respiratoires ou autre activité. (CDC, 2010; ASPC, 2010; Siegel, 2007; Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006).

Dans le cas de la grippe, il est reconnu que le principal mode de transmission du virus de l'influenza est par gouttelettes. Cependant, la transmission par contact peut également survenir par exemple lorsque les mains entrent en contact avec des surfaces ou des objets contaminés par le virus et que les mains contaminées touchent les muqueuses du nez ou de la bouche (CDC, 2011).

[11] Disponible en ligne sur le site Internet du CINQ : http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales (page consultée le 7 juin 2011).

À la lumière de ces éléments, le CINQ recommandait en 2006 que des précautions contre la transmission par gouttelettes avec le port de gants soient mises en place en présence d'un cas de grippe en CHSLD, en plus des pratiques de base. La recommandation d'ajouter le port de gants aux précautions contre la transmission par gouttelettes se justifiait alors par le fait que les pratiques de base n'étaient pas toujours appliquées telles que recommandées et que la transmission par les mains pouvait représenter un mode de transmission important dont il fallait tenir compte pour ce milieu.

D'autre part, les CDC recommandaient en 2007 le port du masque dès l'entrée dans la chambre d'un patient atteint de grippe ou lors de toute activité dans un rayon de moins de deux mètres de celui-ci. Le port de gants et de la blouse était indiqué selon le risque de contact avec le patient ou son environnement potentiellement contaminé par des gouttelettes infectieuses. Cette recommandation était toujours valable en 2010 (CDC, 2010).

En 2010, l'ASPC émettait des lignes directrices sur les mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière à l'intention des travailleurs de la santé des CHSGS et des CHSLD. On y recommandait des précautions contre la transmission par gouttelettes et contact en plus des pratiques de base. L'ASPC (2010) définit l'équipement de protection requis dans le cadre de ces précautions de la manière suivante :

- Il faudrait porter une protection faciale (masques et protecteur oculaire, protecteur facial, masque comportant une visière) dans un rayon de deux mètres d'un patient soupçonné d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée;
- Dans un établissement de soins actifs, il faudrait porter des gants en entrant dans la chambre d'un patient soupçonné d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée;
- […]
- Il faudrait porter une blouse à manches longues s'il est possible que les vêtements ou les avant-bras entrent directement en contact avec le patient ou des surfaces environnementales et des objets dans l'environnement où sont dispensés les soins au patient.

Ces recommandations sont semblables à celles proposées par le CINQ en 2006, à l'exception du port de la protection oculaire. Aujourd'hui, la position du CINQ au regard de la protection oculaire demeure la même que celle de 2006 considérant que peu d'évidences scientifiques démontrent la contribution relative de la protection oculaire pour prévenir la transmission de la grippe.

En résumé, la littérature provenant du CDC, de l'ASPC et du CINQ rapporte que lors d'un cas de grippe, les mesures suivantes s'appliquent :

- Le port d'emblée et systématique du masque à moins de deux mètres du patient ou dès l'entrée dans la chambre;
- Le port des gants si risque de contact avec le patient ou son environnement contaminé;
- Le port de la blouse si risque de contact avec le patient ou son environnement contaminé ou si risque d'éclaboussures;
- Le port de la protection oculaire minimalement si risque d'éclaboussures.

Quant au port d'emblée et systématique des gants, de la blouse ou de la protection oculaire, la littérature ne concorde pas.

À la lumière de ces informations, le CINQ a revu les précautions requises à appliquer en présence de grippe. Celles-ci sont présentées dans la section suivante, accompagnées d'informations supplémentaires sur l'application de ces mesures de précautions en pratique.

Par ailleurs, l'examen des données disponibles dans la littérature et des recommandations d'organismes officiels a conduit le CINQ à définir les précautions contre la transmission par gouttelettes et les précautions contre la transmission par gouttelettes et contact de la façon suivante.

Les précautions contre la transmission par gouttelettes comprennent :

- Le port d'un masque à moins de deux mètres du patient infecté ou dès l'entrée dans la chambre.

Le port des gants, d'une blouse et de la protection oculaire doit se faire dans le cadre des pratiques de base, selon le risque de contact avec le patient ou son environnement contaminé par les gouttelettes.

Les précautions contre la transmission par gouttelettes et contact comprennent :

- Le port d'un masque à moins de deux mètres du patient ou dès l'entrée dans la chambre;
- Le port de gants dès l'entrée dans la chambre ou si contact direct avec le patient ou son environnement immédiat, possiblement contaminé ou si risque d'éclaboussures;
- Le port d'une blouse si risque de contact direct avec le patient ou son environnement possiblement contaminé ou si risque d'éclaboussures.

Le port de la protection oculaire doit se faire dans le cadre des pratiques de base, selon le risque de projections ou d'éclaboussures de sang, liquides biologiques, sécrétions, excrétions.

3.2.1 Mesures requises en présence d'un patient présentant un SAG

En plus des pratiques de base, le CINQ recommande de :

- Porter un masque[12] à moins de deux mètres du patient ou dès l'entrée dans la chambre;
- Porter des gants dès l'entrée dans la chambre ou si contact direct avec le patient ou son environnement immédiat, possiblement contaminé ou si risque d'éclaboussures;
- Porter une blouse si risque de contact direct avec le patient ou son environnement possiblement contaminé ou si risque d'éclaboussures. Pour simplifier l'application de cette mesure, on pourrait inclure le port de la blouse dès l'entrée dans la chambre;

[12] Pour plus d'information, veuillez consulter le document du CINQ (2009) intitulé *Masques chirurgicaux ou de procédures : choix de l'équipement* disponible à l'adresse suivante : http://www.inspq.qc.ca/infections nosocomiales (page consultée le 11 janvier 2012).

- Porter une protection oculaire selon le risque de projections ou d'éclaboussures de sang, liquides biologiques, sécrétions, excrétions.

De plus, il est recommandé de :

- Effectuer un prélèvement au niveau nasopharyngé afin de confirmer le diagnostic. Si l'indice de suspicion clinique est élevé, un résultat négatif pour le virus de l'influenza ne signifie pas nécessairement que les mesures de prévention ou le traitement antiviral doivent être cessés puisque la sensibilité et la spécificité du test ne sont pas de 100 %. Afin de mieux saisir la portée du résultat, vérifier avec le laboratoire le test utilisé, car il existe de grandes variations de performance entre les tests et le seuil de détection peut également varier selon les souches en circulation et la qualité du spécimen (voir annexe 4);
- Placer le patient en chambre privée. Si aucune chambre privée n'est disponible, établir une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou conserver une distance d'au moins deux mètres entre les patients;
- Éviter de mettre un cas de SAG (cas non confirmé) dans une cohorte de cas confirmés avant la confirmation de son diagnostic.

Selon le résultat du test de laboratoire, on pourra ajuster les mesures autour du cas au besoin :

- Selon les caractéristiques d'un autre virus que l'influenza (voir annexe 2) est confirmé pour le cas;
- Pour le virus de l'influenza (cas de grippe confirmé), voir les mesures ci-après.

3.2.2 Mesures requises en présence d'un cas de grippe confirmé

En plus des pratiques de base, il est recommandé de :

- Porter minimalement un masque à moins de deux mètres du patient ou dès l'entrée dans la chambre;
- Maintenir l'ensemble des précautions décrites pour les patients présentant un SAG (voir ci-haut) pour les patients à risque comme les personnes immunosupprimées, celles qui ont une collaboration limitée ou une hygiène déficiente, la clientèle de pédiatrie, etc. Pour des considérations pratiques ou autres, il pourrait être décidé de toujours maintenir les mêmes précautions qu'autour d'un SAG pour tout cas de grippe confirmé;
- Constituer une cohorte de cas de grippe confirmés au besoin;
- Maintenir en place les mesures de prévention requises pendant cinq jours. Il est possible d'ajuster cette période selon les risques inhérents aux patients;
- Dans le cas où les symptômes sont de courte durée (ex. : deux à quatre jours), par prudence, garder le patient en isolement au moins jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes. Si les symptômes persistent plus de sept jours, il est nécessaire de procéder à une réévaluation du patient.

3.2.3 Mesures requises pour les contacts étroits significatifs du patient présentant un SAG ou une grippe confirmée

Il est recommandé de :

- Surveiller l'apparition de symptômes pour au moins 72 heures ou pour la période d'incubation de l'agent suspecté (voir annexe 2);
- Considérer mettre en place les précautions requises pendant cette période d'incubation selon l'évaluation du risque;
- Considérer l'administration d'une prophylaxie avec des antiviraux pour les contacts étroits significatifs[13] selon l'évaluation du risque et le médecin traitant (voir section 5 et annexe 9);
- Mettre en place les précautions requises dès qu'une personne vulnérable présente une détérioration de son état général pouvant être causée par la grippe, même si un seul symptôme du tableau clinique typique de SAG est présent. Ceci constitue une intensification des mesures et pourra augmenter la sensibilité de détection des cas et permettre d'initier plus rapidement leur traitement;
- Tenir compte du fait que le tableau clinique typique de SAG n'est pas présent chez toutes les personnes. Ainsi, les personnes âgées peuvent être infectées par le virus de l'influenza sans présenter de la fièvre;
- Majorer les doses d'antiviraux des personnes sous prophylaxie qui deviendraient symptomatiques afin de les traiter.

3.2.4 Déplacements du patient présentant un SAG ou une grippe confirmée

Il est recommandé de :

- Demander au patient, s'il sort de sa chambre pour des examens ou des traitements, de pratiquer l'hygiène des mains et lui faire porter un masque de procédure ou chirurgical (CINQ, 2009b). En tout temps, s'assurer de veiller à une application rigoureuse de l'hygiène et de l'étiquette respiratoire;
- Pour les jeunes enfants, on pourra demander au parent ou à l'accompagnateur de couvrir le nez et la bouche de l'enfant avec un mouchoir, de même pour une personne ne pouvant tolérer le masque de procédure ou chirurgical;
- Aviser à l'avance le service qui doit accueillir le patient pour éviter une transmission lors de l'attente dans une aire commune avant et après le traitement ou l'examen.

[13] Par exemple, avoir été en contact direct avec les sécrétions respiratoires ou l'environnement contaminé par les sécrétions respiratoires du/des cas symptomatique(s) ou avoir été durant une heure cumulative dans la même pièce qu'un ou des cas symptomatique(s), et ce, sans protection.

3.2.5 Précautions lors de procédure à risque de générer des aérosols[14]

Il est recommandé de :

- Exécuter les procédures à risque de générer des aérosols uniquement si médicalement nécessaires;
- Limiter le nombre de travailleurs de la santé présents aux personnes essentielles aux soins et au soutien du patient;
- Lorsque possible, limiter cette présence uniquement aux travailleurs de la santé immunisés contre la grippe;
- Utiliser les précautions requises pour limiter la transmission aérienne de l'agent respiratoire infectieux.

3.2.6 Autres mesures

Les autres mesures suivantes sont recommandées :

- Offrir la vaccination aux patients pour lesquels elle est indiquée (voir section 2.1);
- Utiliser des antiviraux en traitement selon les directives du médecin traitant pour les patients à risque (voir section 5 et annexe 9);
- Utiliser des antiviraux en prophylaxie suite à un contact avec un cas de grippe confirmée, selon les directives du médecin traitant et l'équipe de PCI (voir section 5 et annexe 9);
- Consulter la direction de santé publique de la région au besoin.

3.2.7 Mesures concernant l'hygiène et la salubrité

Il est recommandé de :

- Faire l'entretien quotidien des surfaces fréquemment touchées à potentiel élevé de contamination, communément appelées surfaces « high touch[15] ». Procéder à l'entretien terminal soit au départ, à la cessation de l'isolement ou au transfert avec les produits et les techniques utilisés habituellement dans l'établissement (MSSS, 2006).

3.2.8 Mesures concernant les visiteurs

Il est recommandé de :

- Autoriser la visite à un patient présentant un SAG ou une grippe confirmée avec l'équipement de protection personnelle;
- Rappeler l'importance de la vaccination auprès des visiteurs;

---

[14] Les procédures à risque de générer des aérosols (PGA) sont les suivantes (CINQ, 2009a) :
- Intubation;
- Bronchoscopie;
- Réanimation cardio-respiratoire;
- Aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert (excluant les prélèvements nasopharyngés).

[15] Pour plus d'information, veuillez vous référer, entre autres au *Lignes directrices en hygiène et salubrité – Analyse et concertation.* (MSSS, 2006), disponible en ligne à l'adresse suivante : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-602-01.pdf.

- Inviter à s'abstenir de visite, tout visiteur présentant un SAG ou une grippe confirmée jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes et en général cinq jours après le début des symptômes. Si la visite ne peut être reportée (raison humanitaire), il faudra rappeler aux visiteurs symptomatiques la nécessité d'appliquer l'étiquette respiratoire dès leur arrivée et de limiter leurs déplacements dans le milieu de soins.

3.3 MESURES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

3.3.1 Travailleurs asymptomatiques ayant été en contact étroit avec un cas présentant un SAG ou une grippe confirmée

Il est recommandé aux travailleurs de la santé, en particulier aux soignants, de :

- Surveiller l'apparition de symptômes de grippe jusqu'à 72 heures après le dernier contact avec un cas présentant un SAG ou une grippe confirmée afin d'éviter l'introduction du virus ailleurs (ex. : unités de soins, établissements).

3.3.2 Travailleurs présentant un SAG ou une grippe confirmée

Il est recommandé que :

- Les travailleurs qui développent un SAG ou une grippe confirmée avisent le service de santé et sécurité au travail et le responsable de l'unité de soins de leur condition;
- Il revient habituellement au service de santé et de sécurité au travail d'assurer le suivi des travailleurs symptomatiques et de les référer au besoin pour un traitement antiviral rapide (ex. : femmes enceintes ou travailleurs de la santé atteints de maladies chroniques);
- La décision de retirer des soins un travailleur qui développe un SAG ou une grippe confirmée doit se prendre par le service de santé et sécurité au travail en collaboration avec l'équipe de PCI selon la politique locale. La durée du retrait est minimalement jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes systémiques, idéalement cinq jours. Si les symptômes persistent plus de sept jours, il est nécessaire de procéder à une réévaluation (voir annexe 5).

3.3.3 Autres mesures

Les autres mesures suivantes sont recommandées :

- Rappeler aux travailleurs de la santé l'importance de la vaccination pour leur protection personnelle et celle des patients (MSSS, 2009; Agrément Canada, 2011);
- Faire une relance de la vaccination aux travailleurs de la santé non vaccinés (voir section 2.1);
- La décision d'administrer une prophylaxie postexposition n'est pas systématique. Elle est prise en collaboration par le service de santé et sécurité au travail selon le protocole local et le médecin traitant, en particulier pour les travailleurs de la santé ayant un facteur de risque (ex. : femmes enceintes ou travailleurs de la santé atteints de maladies chroniques) (voir section 5 et annexe 9).

3.4 MESURES CONCERNANT LES COMMUNICATIONS

Il est recommandé de :

- Mettre en place un système permettant d'informer régulièrement le personnel du milieu de soins au regard de l'épidémiologie locale durant la saison d'activité grippale. Ce système sera particulièrement utile lorsque de nombreux cas de grippe communautaires ou nosocomiaux, séjourneront dans le milieu de soins et que la vigilance du personnel devra être accrue pour repérer l'apparition de nouveaux cas. Ce système peut également être utile à la transmission de toute autre information jugée nécessaire.
- Mettre en place des affiches (ex. : PCI à la porte de la chambre, hygiène et étiquette respiratoire dans l'établissement) et offrir toute information pertinente à la clientèle;
- Mettre en application le plan de communication (ex. : lettres types, vaccination, messages téléphoniques);
- Aviser de la présence d'un patient développant un SAG ou pour lequel une grippe est confirmée afin de rehausser la surveillance d'apparition de nouveau cas sur l'unité, en particulier :
  - Le médecin traitant;
  - Le chef de l'unité concernée;
  - Les coordonnateurs jour-soir-nuit-fin de semaine;
  - L'admission.

L'unité de soins devra aviser l'équipe de PCI si de nouveaux cas surviennent.

4 ÉCLOSION

4.1 DÉFINITION D'ÉCLOSION DE GRIPPE

- Une éclosion de grippe nosocomiale se définit comme étant la survenue de deux cas nosocomiaux ou plus de grippe confirmés (d'un même type d'influenza A ou B) et liés épidémiologiquement. De plus, une confirmation par TAAN chez au moins un cas est requise pour confirmer une éclosion de grippe (Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD », 2011) (voir annexe 6);
- Un cas de grippe est d'acquisition nosocomiale lorsque les symptômes de la grippe sont apparus ≥ 72 heures après l'arrivée du cas dans le centre hospitalier ou apparus ≤ 24 heures après la sortie du cas du centre hospitalier. Entre 24 et 72 heures après l'entrée ou après la sortie du cas du centre hospitalier, il faut vérifier la présence d'un lien épidémiologique dans le centre hospitalier ou la communauté pour déterminer si le cas est nosocomial ou non. Lorsqu'un patient est référé ou arrive d'un autre centre et que le cas de grippe est confirmée, il est important d'aviser ce centre. Cette information permettra à ce centre (ex. : CHSLD) de mettre en place les mesures requises s'il y a lieu;
- Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un lien temporel et géographique peut expliquer une transmission entre les cas. Par exemple, la survenue d'au moins un nouveau cas nosocomial en 10 jours sur la même unité de soins représente un lien épidémiologique;
- Une éclosion nosocomiale majeure se définit par une transmission persistante malgré que les mesures de prévention et contrôle mises en place soient rigoureusement suivies depuis plus de 72 heures ou encore en considérant d'emblée les facteurs suivants :
  - L'immunité des patients et des travailleurs de la santé contre la souche en cause dans l'éclosion (ex. : statut vaccinal, immunosuppression, unité de patients à risque (ex. : oncologie, obstétrique-néonatalogie));
  - La gravité (morbidité, létalité) de l'atteinte liée à la souche en cause dans l'éclosion;
  - L'intensité de l'éclosion (taux d'attaque élevé);
  - La survenue d'importantes éclosions successives dans le milieu et la constatation d'un taux d'absentéisme élevé chez les travailleurs de la santé risquant de compromettre la sécurité des soins;
- L'éclosion est terminée lorsque 10 jours se sont écoulés après l'apparition des symptômes chez le dernier cas de grippe relié à l'éclosion (Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD », 2011).

4.2 MESURES DE CONTRÔLE D'UNE ÉCLOSION DE GRIPPE

Dès qu'une éclosion est confirmée, il est recommandé de :

- Mettre en application la procédure locale de prise en charge d'une éclosion (voir section 1.2.6);
- Dès le début de l'éclosion, aviser de la situation les secteurs clés de l'organisation de même que certains partenaires externes :

- La direction des soins infirmiers;
- La direction des services professionnels et hospitaliers;
- La direction générale;
- Le gestionnaire responsable de l'unité concernée;
- Le service de santé et sécurité au travail;
- Le service d'hygiène et salubrité;
- Les coordonnateurs jour-soir-nuit-fin de semaine;
- Les médecins traitants;
- L'admission;
- Le service des communications;
- La direction de santé publique de la région (contexte de signalement d'une menace à la santé de la population, programme de surveillance provinciale);
- L'agence de la santé et des services sociaux en particulier si des conséquences sur l'accès aux soins dans la région sont reliées à l'éclosion.

- Mettre en place un comité de gestion d'éclosion si nécessaire, pour coordonner la prise en charge de la situation et pour assurer l'utilisation optimale des ressources. La fréquence des rencontres sera dictée par l'ampleur du problème et des besoins (voir annexe 7);
- Informer rapidement de la situation les travailleurs de la santé concernés, comme le personnel soignant de l'unité touchée, sur les mesures à mettre en place (ex. : surveillance rehaussée et prise en charge des patients et des travailleurs de la santé);
- Vérifier la nécessité de placer un affichage à l'entrée de l'unité indiquant la situation et les mesures à respecter;
- Si possible, éviter les mouvements des travailleurs de la santé d'une unité aux prises avec une éclosion vers une autre unité exempte d'éclosion tant que celle-ci n'est pas terminée, en particulier pendant les 72 heures (période d'incubation) qui suivent un dernier contact avec un cas de grippe ou avec l'unité en éclosion.

4.2.1 Mesures requises en situation d'éclosion de grippe

Veuillez noter qu'un algorithme pour la prise en charge des cas et des contacts en situation d'éclosion est disponible à l'annexe 8.

En présence de patients symptomatiques, en plus des pratiques de base, il est recommandé de :

- Porter un masque à moins de deux mètres du patient ou dès l'entrée dans la chambre;
- Porter des gants dès l'entrée dans la chambre ou si contact direct avec le patient ou son environnement immédiat, possiblement contaminé ou si risque d'éclaboussures;
- Porter une blouse si risque de contact direct avec le patient ou son environnement possiblement contaminé ou si risque d'éclaboussures. Pour simplifier l'application de cette mesure, on pourrait inclure le port de la blouse dès l'entrée dans la chambre;

- Porter une protection oculaire selon le risque de projection ou d'éclaboussures de sang, liquides biologiques, sécrétions, excrétions.

Pour tous les patients symptomatiques ou qui le deviennent, il est recommandé de :

- Faire évaluer rapidement la nécessité d'offrir un traitement antiviral au besoin;
- Séparer si possible le/les cas symptomatique(s) d'un même type d'influenza des contacts étroits significatifs[16];
- Faire des cohortes de cas atteints au besoin (ex. : placer un cas confirmé dans la même chambre qu'un autre cas confirmé d'un même type d'influenza);
- Éviter de mettre dans la même chambre un cas confirmé avec un cas suspect;
- Placer deux cas suspects dans la même chambre s'il est impossible de les mettre dans des chambres distinctes. Il faut alors tenter de garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux et leur dédier respectivement des équipements;
- Maintenir les précautions requises pendant cinq jours suivant le début des symptômes pour les adultes et jusqu'à sept jours pour les enfants. L'application de ces précautions pourra aussi être prolongée chez les personnes âgées et les personnes immunosupprimées ou en fonction de l'immunité préalable du patient, et selon la souche ou l'efficacité d'un traitement;
- Surveiller l'apparition de nouveaux cas chez les patients en particulier les contacts identifiés. Si de nouveaux cas de grippe surviennent, ils seront considérés comme faisant partie de l'éclosion jusqu'à preuve du contraire.

Lorsqu'un patient devient symptomatique alors qu'aucune mesure de prévention de la transmission n'était en place autour de ce patient, il est recommandé de :

- Faire une recherche de contacts étroits significatifs, incluant les patients qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins, et mettre en place les précautions requises pendant la période d'incubation (72 heures). Si des symptômes de grippe apparaissent, maintenir les précautions requises; si aucun symptôme n'apparaît après 72 heures, cesser les précautions requises;
- Aviser les médecins traitants de ces contacts étroits significatifs;
- Considérer l'administration d'une prophylaxie avec des antiviraux pour les contacts étroits significatifs selon l'évaluation du risque et le médecin traitant (voir section 5 et annexe 9);
- Tenir compte du fait que le tableau clinique typique du SAG n'est pas présent chez toutes les personnes. Ainsi, les personnes âgées peuvent être infectées par le virus de l'influenza sans présenter de la fièvre;
- Majorer les doses d'antiviraux des personnes sous prophylaxie qui deviendraient symptomatiques afin de les traiter selon le médecin traitant;

[16] Par exemple, avoir été en contact direct avec les sécrétions respiratoires ou l'environnement contaminé par les sécrétions respiratoires du/des cas symptomatique(s) ou avoir été durant une heure cumulative dans la même pièce qu'un ou des cas symptomatique(s), et ce, sans protection.

- Mettre en place les précautions requises contre la transmission du virus de l'influenza lors d'une éclosion dès qu'une personne vulnérable présente une détérioration de son état général pouvant être causée par le virus de l'influenza, même si un seul symptôme du tableau clinique typique de SAG est présent. Ceci constitue une intensification des mesures pour contrôler l'éclosion et pourra augmenter la sensibilité de détection des cas afin d'initier plus rapidement leur traitement par prudence.

Si la situation persiste (éclosion majeure), il est recommandé de :

- Évaluer la conformité de l'application rigoureuse des mesures mises en place avec celles recommandées;
- Envisager de fermer l'unité aux admissions et aux transferts sauf pour des besoins médicaux spécifiques. Une restriction d'accès à l'unité touchée à ceux qui n'y travaillent pas (ex. : visiteurs) peut être une alternative à examiner, particulièrement en saison grippale. Des mesures telles la prophylaxie (voir section 5 et annexe 9) ou des mesures s'adressant aux travailleurs de la santé peuvent être requises (voir section 4.2.2);
- Envisager qu'un autre agent pathogène puisse être en cause ou qu'une résistance aux antiviraux soit apparue. Des tests additionnels peuvent être nécessaires (voir annexe 4) pour confirmer la présence d'un autre agent pathogène ou la résistance à un antiviral et permettre d'ajuster les traitements et mesures en place, en conséquence.

4.2.2 Déplacements des patients en situation d'éclosion de grippe

Il est recommandé de :

- Restreindre les déplacements hors de la chambre de tous les patients, vaccinés ou non, pendant toute la durée de l'éclosion;
- Si possible restreindre les transferts de tous les patients, vaccinés ou non, sur d'autres unités de soins;
- Si un transfert est nécessaire, aviser l'unité de soins ou le centre qui accueille le patient de la situation à moins que ce dernier ait développé la grippe et que sa période de contagiosité soit terminée;
- Si le déplacement ou le transfert est inévitable, demander au patient de procéder à l'hygiène des mains et de porter un masque de procédure ou chirurgical (CINQ, 2009b) en dehors de la chambre s'il peut le tolérer;
- Si un patient asymptomatique doit être déplacé ou transféré sur une autre unité exempte d'éclosion de grippe, mettre en place des précautions requises pendant 72 heures (période d'incubation) pour éviter la propagation de l'éclosion à moins qu'il eût la grippe et que sa période de contagiosité soit terminée.

4.2.3 Autres mesures

Il est recommandé de :

- Offrir la vaccination aux patients pour lesquels elle est indiquée (voir section 2.1);

- Utiliser des antiviraux en traitement au besoin et selon les directives du médecin traitant particulièrement pour les patients à risque (voir section 5 et annexe 9);
- Utiliser des antiviraux en prophylaxie au besoin selon le médecin traitant et l'équipe de PCI en particulier pour les patients à risque (voir section 5 et annexe 9);
- Consulter la direction de santé publique de la région au besoin.

4.2.4 Mesures concernant l'hygiène et la salubrité

Sur l'unité en éclosion, les mesures déjà mises en place sont suffisantes. Une surveillance de processus (audit) peut être réalisée pour valider la réalisation des activités d'hygiène et salubrité et leur efficacité.

4.2.5 Mesures concernant les visiteurs

Il est recommandé de :

- Informer les visiteurs des mesures de prévention et de contrôle à respecter;
- Inviter à s'abstenir de visite, tout visiteur présentant un SAG ou une grippe confirmée jusqu'à au moins 24 heures après la fin des symptômes et en général cinq jours après le début des symptômes. Si la visite ne peut être reportée (raison humanitaire), il faudra rappeler aux visiteurs symptomatiques la nécessité d'appliquer l'étiquette respiratoire dès leur arrivée et de limiter leurs déplacements dans le milieu de soins;
- Envisager de restreindre les visites, à moins de raisons humanitaires, lors d'éclosion majeure. Cette décision doit être prise par le comité de gestion d'éclosion, en collaboration avec la direction de l'établissement;
- Rappeler l'importance de la vaccination auprès des visiteurs.

4.2.6 Mesures concernant les nouvelles admissions

Dans un établissement où sévit une éclosion de grippe, selon la sévérité, plusieurs options sont possibles :

- Regrouper les nouvelles admissions sur une aile ou une section d'une aile ou un bout de l'unité avec des travailleurs de la santé dédiés, en particulier les soignants;
- Limiter les admissions sur l'unité touchée;
- Si l'éclosion est majeure, envisager de reporter les admissions électives ou ultimement fermer l'unité aux admissions jusqu'à la fin de l'éclosion.

Cette décision sera prise par l'équipe de PCI en collaboration avec le comité de gestion d'éclosion s'il est en place et la direction de l'établissement. La direction de santé publique et l'agence de santé et des services sociaux seront avisées (voir section 4.5) en particulier s'il y a des impacts prévisibles sur l'accès aux soins (ex. : corridor de soins, néonatalogie).

4.3 MESURES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ DURANT UNE ÉCLOSION DE GRIPPE

Une rencontre d'information doit avoir lieu pour informer l'ensemble des travailleurs de la santé des mesures qui s'appliquent en situation d'éclosion.

En fonction de leurs responsabilités respectives, l'équipe de PCI doit collaborer avec le service de santé et sécurité au travail. Ce dernier assurera le suivi des travailleurs symptomatiques sur l'unité en éclosion et les référera au besoin pour un traitement antiviral rapide (ex. : femmes enceintes, travailleurs de la santé atteints de maladies chroniques) (voir section 5 et annexe 9).

4.3.1 Mesures concernant les travailleurs asymptomatiques

Il est recommandé aux travailleurs de la santé, en particulier aux soignants, de :

- Surveiller l'apparition de symptômes jusqu'à 72 heures après leur dernier contact avec un cas de grippe. Si possible, il est recommandé que seulement des travailleurs de la santé immunisés (vaccinés ou ayant fait une grippe confirmée) travaillent aux soins des patients de l'unité où a lieu l'éclosion. Idéalement le personnel œuvrant dans l'unité touchée devrait être dédié à cette unité.

4.3.2 Mesures concernant les travailleurs symptomatiques

Les travailleurs de la santé doivent :

- Aviser le service de santé et sécurité au travail et leur supérieur immédiat s'ils présentent un SAG ou une grippe confirmée;

Le service de santé et sécurité au travail pourra retirer des soins aux patients les travailleurs de la santé qui développent un SAG, vaccinés ou non, jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes, idéalement cinq jours. L'établissement pourrait aussi considérer une réaffectation temporaire après évaluation du risque et des besoins (ex. : auprès des patients atteints sur les unités affectées par l'éclosion) (voir annexe 5).

4.3.3 Autres mesures

Les autres mesures suivantes sont recommandées :

- Rappeler l'importance de la vaccination aux travailleurs de la santé (MSSS, 2009; Agrément Canada, 2011);
- Faire une relance de la vaccination aux travailleurs de la santé non vaccinés sur l'unité de soins en situation d'éclosion (voir section 2.1);
- La décision d'administrer une prophylaxie postexposition n'est pas systématique. Elle est prise conjointement par le service de santé et sécurité au travail, selon le protocole local et le médecin traitant, en particulier pour les travailleurs de la santé ayant un facteur de risque (ex. : femmes enceintes, travailleurs de la santé atteints de maladies chroniques) (voir section 5 et annexe 9).

Le service de santé et sécurité au travail consultera l'équipe de PCI et la direction de santé publique pour la prophylaxie au besoin.

4.4 MESURES CONCERNANT LES COMMUNICATIONS

Il est recommandé de :

- Aviser les personnes clés de l'organisation (ex. : direction de qui elle relève, direction générale, chef d'unité concernée, autres) dès la confirmation d'une éclosion;
- Avoir en place un processus pour convoquer rapidement le comité de gestion d'éclosion au besoin;
- Réaliser le plan de communication interne afin d'informer de la situation :
  - En temps réel, l'ensemble des travailleurs de la santé, en particulier les soignants, pour qu'une vigilance accrue de la survenue de nouveaux cas nosocomiaux soit réalisée ainsi que les mesures soient respectées;
  - Les patients et les visiteurs pour qu'ils respectent les mesures mises en place;
  - Les médias, au besoin.
- Ajuster la stratégie de communication selon les besoins et l'évolution de la situation (ex. : affiches, lettres types, messages téléphoniques);
- Informer régulièrement la direction de santé publique et au besoin l'agence de la santé et des services sociaux de l'évolution de la situation;
- Ajuster le plan de communication et aviser au besoin les partenaires de la reprise des activités ou des admissions.

4.5 CRITÈRES DE SIGNALEMENT À LA SANTÉ PUBLIQUE

Il est recommandé de :

- Signaler à la direction de santé publique de votre région toute éclosion qui implique une transmission entre des patients hospitalisés dans des chambres différentes, en particulier hors saison grippale ou lorsqu'il y a une éclosion majeure (voir section 4.1) ou lorsqu'on suspecte une résistance aux antiviraux (ex. : survenue de cas de grippe confirmé 72 heures après le début d'une prophylaxie);
- Informer rapidement l'agence de la santé et des services sociaux lorsqu'une unité spécifique ou spécialisée est en éclosion et qu'il y a restriction des admissions pouvant avoir un impact sur l'accès aux soins au niveau de l'établissement (ex. : débordement à l'urgence) ou régional ou provincial afin qu'on puisse prendre les mesures de mitigation nécessaires (ex. : unité de néonatalogie, corridor de soins).

5 UTILISATION DES ANTIVIRAUX

Les inhibiteurs de la neuraminidase (oseltamivir et zanamivir) constituent la classe de médicaments antiviraux efficaces contre les virus de l'influenza de type A ou B (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006). Au Canada, ces antiviraux sont homologués en traitement et en prophylaxie postexposition (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006). L'utilisation d'antiviraux en prophylaxie ou en traitement ne doit pas remplacer le vaccin antigrippal annuel (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006).

De plus amples informations sur l'utilisation des inhibiteurs de la neuraminidase sont présentées à l'annexe 9.

5.1 TRAITEMENT

Le traitement rapide des patients présentant un SAG ou une grippe confirmée (dans les 48 heures et surtout, dans les 12 heures suivant l'apparition des symptômes) (ASPC, 2009a; CDC, 2011) initié par le médecin traitant et la poursuite du traitement pendant cinq jours peuvent contribuer à réduire la durée de la maladie ainsi que le risque de survenue de complications de la grippe chez les patients vulnérables (Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD », 2011; CINQ 2010). L'isolement de tous les cas présentant un SAG ou une grippe confirmée en traitement est particulièrement important pour diminuer le risque de transmission d'une souche résistante pouvant émerger durant le traitement.

5.2 PROPHYLAXIE

La prophylaxie préexposition n'est pas recommandée (CINQ, 2009c).

De façon générale, l'administration d'antiviraux en prophylaxie postexposition à un cas de grippe n'est pas recommandée. À la suite d'un contact documenté avec un cas de grippe, une surveillance étroite de l'apparition de symptômes de grippe doit être réalisée. L'administration précoce d'un traitement antiviral, soit moins de 48 heures après l'apparition des symptômes, doit être assurée pour tous les patients admis en particulier ceux à risque de complications ainsi que pour les travailleurs de la santé à risque de complications.

Quand une éclosion de grippe est confirmée dans l'établissement, l'administration d'une prophylaxie antivirale sur une ou plusieurs unités de soins en éclosion doit être considérée comme une mesure complémentaire. Cette mesure s'applique si les conséquences possibles de l'éclosion le justifient d'emblée ou lorsque l'éclosion persiste malgré que les mesures de prévention et de contrôle mises en place soient rigoureusement suivies. Les facteurs suivants doivent être pris en compte pour implanter cette mesure additionnelle (Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD », 2011; CINQ, 2010; CINQ, 2009c) :

- Le statut vaccinal des patients et des travailleurs de la santé contre la souche en cause dans l'éclosion;
- La gravité (morbidité, létalité) de l'atteinte liée à la souche d'influenza en cause dans l'éclosion;

- La transmissibilité du virus de l'influenza;
- La survenue d'une éclosion sur une unité de patients à haut risque de complications;
- L'intensité de l'éclosion (taux d'attaque élevé);
- La survenue d'importantes éclosions successives dans le milieu et la constatation d'un taux d'absentéisme élevé chez les travailleurs de la santé risquant une rupture des soins.

Les récentes données de surveillance sur la résistance des antiviraux indiquent que la majorité des souches du virus de l'influenza présentement en circulation sont sensibles aux antiviraux (CDC, 2011; ASPC, 2011b; OMS, 2011b). Malgré cela, des souches résistantes à l'oseltamivir ont été détectées (CDC, 2011) suite à l'usage d'oseltamivir en prophylaxie postexposition lors de la grippe pandémique (CINQ, 2010). Selon le CINQ (2010), étant donné l'expérience de la grippe saisonnière A(H1N1) de 2006 à 2009 (souche avec résistance à l'oseltamivir), la prudence est de mise lors de l'utilisation des antiviraux en prophylaxie. Le CINQ (2009c) mentionne que l'apparition de résistance aux antiviraux pourrait avoir d'importantes répercussions dont (ASPC, 2009c) :

- Limiter les options de traitement des personnes qui contractent l'infection;
- Mener potentiellement à une transmission de virus résistant aux patients vulnérables et au personnel travaillant dans les milieux de soins;
- Rendre difficile la gestion des éclosions.

Des souches du virus de l'influenza résistantes à l'oseltamivir ont été détectées (CDC, 2011b; Hardie, 2011). Tous les cas documentés pour lesquels de l'information est disponible étaient initialement associés à la prise d'antiviraux soit en traitement ou en prophylaxie (OMS, 2011a). Par exemple, en août 2011 en Australie, il y a eu un cas de transmission nosocomiale d'une souche du virus de l'influenza résistante à l'oseltamivir (Hardie, 2011). Par ailleurs, dans une région de l'Australie, il y aurait eu acquisition communautaire de souche du virus de l'influenza résistante à l'oseltamivir sans histoire de prise d'antiviraux avant le prélèvement (Hardie, 2011). On peut suivre l'évolution des données sur la résistance en consultant les informations disponibles sur le site Internet de l'ASPC dans le bulletin hebdomadaire *FluWatch* (voir annexe 1).

Afin d'éviter l'émergence ou la transmission de souches de virus de l'influenza résistantes, la décision d'administrer des antiviraux en prophylaxie à large échelle doit être prise localement par l'équipe de PCI, en collaboration avec la direction de santé publique et les équipes médicales locales (Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD », 2011; CINQ, 2009c). Une fois la prophylaxie initiée, si un patient développe un SAG, en plus d'une confirmation de la présence du virus de l'influenza par TAAN, il est aussi recommandé de vérifier la présence de résistance. Des analyses génotypiques peuvent identifier rapidement des mutations connues pour causer la résistance, directement à partir de spécimens cliniques. Cependant, il est préférable d'effectuer également des analyses phénotypiques à partir de cultures virales. Ces tests sont disponibles entre autres au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg (par le LSPQ).

Lorsque les antiviraux sont utilisés à des fins de prophylaxie, il est essentiel de recueillir le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2006; Gouvernement du Québec, 2011).

Lorsqu'elle est recommandée, la prophylaxie devrait durer 10 jours après l'apparition des symptômes chez le dernier cas de grippe signalé. Par contre, pour les travailleurs de la santé qui recevraient le vaccin, l'administration d'antiviraux pourra cesser deux semaines après la vaccination si la souche virale circulante est incluse dans le vaccin (Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD », 2011). Il est raisonnable de permettre aux travailleurs de la santé de revenir au travail dès qu'ils commencent à prendre des antiviraux en prophylaxie, car un taux sérique efficace du métabolite actif est atteint très rapidement après l'ingestion des antiviraux.

CONCLUSION

La présence de la grippe est une réalité clinique dans les CHSGS au Québec, et surtout durant chaque saison grippale. La grippe est une maladie sérieuse, fréquente et pouvant donner des complications, associés à une morbidité importante chez plusieurs groupes vulnérables de la population. Ce sont justement ces clientèles à risque qui fréquentent les CHSGS, leurs urgences et leurs salles d'attente. Plusieurs mesures de prévention et de contrôle reconnues efficaces sont à mettre en place pour diminuer le risque d'acquisition et de transmission de cette infection dans les CHSGS. Ces mesures associées à un traitement rapide permettront d'éviter la grippe ou ses complications sérieuses chez les personnes vulnérables fréquentant les CHSGS.

Des efforts doivent donc être investis entre autres au niveau de la préparation à la saison grippale, à l'atteinte de haut taux de couverture vaccinale, à la surveillance des cas présentant un SAG et à la mise en place de mesures de prévention et de contrôle afin d'éviter l'introduction du virus et le cas échéant, limiter sa propagation et une éclosion éventuelle. Les antiviraux en prophylaxie ou en traitement doivent être utilisés de façon judicieuse afin de contrer l'apparition de nouvelles résistances. Le défi demeure dans la collaboration des différents acteurs afin de promouvoir la vaccination, favoriser la participation des travailleurs de la santé à la surveillance et au respect des pratiques de base, sensibiliser au respect de l'hygiène ou l'étiquette respiratoire par la clientèle ainsi que des mesures spécifiques mises en place pour tous.

Les recommandations qui précèdent ont été élaborées à partir des informations disponibles dans la littérature au moment de la rédaction et de l'expérience clinique de la prévention et le contrôle de la grippe saisonnière dans les établissements de soins de santé du Québec. Ces recommandations pourraient être révisées au besoin, en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2011a). *The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector. Annex F: Prevention and control of influenza during a pandemic for all heathcare settings*, mai 2011. [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/annf/index-eng.php (page consultée le 18 octobre 2011).

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2011b). *Surveillance de l'influenza. Rapport hebdomadaire du 3 juillet au 16 juillet 2011 (Semaines de déclaration 27 et 28)*, 22 juillet 2011. [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/10-11/w28_11/index-fra.php (page consultée le 1er août 2011).

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2010). *Lignes directrices : mesures de prévention et de contrôles des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans les établissements de soins actifs et les établissements de soins de longue durée – grippe saisonnière.* [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/guide/ac-sa-fra.php (page consultée le 7 juin 2011).

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2009a). *Lignes directrices nationales sur le traitement de l'influenza : Options intérimaires pour les cliniciens considérant les antiviraux contre l'influenza dans le contexte des modèles changeants de résistance, saison 2008-2009.* [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/vac_antiv/nitg_ldni-fra.php (page consultée le 20 décembre 2011).

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2009b). *Infection prevention and control measures for occupational health management for all healthcare settings; human cases of pandemic (H1N1) 2009 Flu virus.* Ottawa, 15 décembre 2009. [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/guidance_lignesdirectrices/humpan-eng.php (page consultée le 13 juin 2011).

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (1999). *Guide de prévention des infections – Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé.* RMTC, Supplément Volume 25S4, juillet 1999. [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/guidance_lignesdirectrices/humpan-eng.php (page consultée le 13 juin 2011).

Agrément Canada. (2011). *Pratiques organisationnelles requises.* Février. [En ligne] http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/ROP%20Handbook%20FR.pdf (Page consultée le 1er août 2011).

Brankston G, Gitterman L, Hirji Z, Lemieux C, Gardam M. (2007).Transmission of influenza A in human beings. Lancet Infect Dis; 7: 257-265.

Centers for disease control and prevention (CDC). (2011). « Antivirial agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza ». *MMWR Weekly*, 21 janvier 2011/ 60(RR01);1-24. [En ligne] http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6001a1.htm (page consultée le 9 juin 2011).

Centers for disease control and prevention (CDC). (2010a). *Interim Guidance on Infection Control Measures for (2009) H1N1 Influenza in Healthcare Settings, Including Protection of Healthcare Personnel.* Mise à jour 15 juillet 2010. [En ligne] http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidelines_infection_control.htm (page consultée le 10 août 2011).

Centers for disease control and prevention (CDC). (2010b). *Prevention strategies for seasonal influenza in health care settings*. [En ligne] http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/healthcaresettings.htm (page consultée le 7 juin 2011).

Centers for disease control and prevention (CDC). (2007). *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings 2007*. CDC, 219 p. [En ligne] http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html (page consultée le 6 juillet 2011).

Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). (2006). *Guide canadien d'immunisation - Partie 4 : Agents d'immunisation active, Vaccin contre l'influenza.* Septième édition. [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-inf-fra.php (page consultée le 6 juin 2011).

Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). (2011). *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2011–2012.* Agence de santé publique du Canada, RMTC, Volume 37 • ACS-5, septembre 2011. [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/11vol37/acs-dcc-5/index-fra.php (page consultée le 9 décembre 2011).

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2010). *Usage des antiviraux contre l'influenza dans les milieux de soins du Québec.* INSPQ, février 2010. [En ligne] http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales (page consultée le 13 juin 2011).

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2009a). *Prévention de la transmission des maladies respiratoires sévères d'origines infectieuses (MRSI), de l'influenza aviaire A(H5N1) et de la grippe A(H1N1) d'origine porcine dans les milieux de soins.* INSPQ, 22 mai 2009. [En ligne] http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/948_AvisInfluenzaAH5N1GrippeAH1N1.pdf (page consultée le 6 juillet 2011).

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2009b). *Masques chirurgicaux ou de procédures : choix de l'équipement.* INSPQ. [En ligne] http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales (page consultée le 11 janvier 2012).

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2009c). *Prophylaxie antivirale en situation de pandémie d'influenza H1N1 dans les milieux de soins du Québec.* INSPQ, octobre 2009. [En ligne] http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales (page consultée le 13 juin 2011).

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2004). *Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins.* INSPQ. [En ligne] http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales (page consultée le 7 juin 2011).

Comité permanent de la TCNMI « Influenza en CHSLD ». (2011). *Fiche synthèse sur l'influenza dans les CHSLD 2011-2012*. Adopté par la TCNMI le 19 décembre. [En ligne] http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?professionnels_de_la_sante&print=1 (page consultée le 4 janvier 2012).

Conseil des académies canadiennes. (2007). *La transmission du virus de la grippe et la contribution de l'équipement de protection respiratoire individuelle – évaluation des données disponibles.* Le comité d'experts sur le virus de la grippe et l'équipement de protection respiratoire individuelle. Conseil des académies canadiennes. 63 p. [En ligne] http://www.sciencepourlepublic.ca/fr/influenza.html (page consultée le 7 juin 2011).

Gouvernement du Québec. (2011). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q., chapitre S-4.2. [En ligne] http://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/lrq-c-s-4.2/derniere/lrq-c-s-4.2.html (page consultée le 20 décembre 2011).

Govaert, T.M., Dinant, G.J., Aretz, K. et Knottnerus, J.A. (1998). *The predictive value of influenza symptomatology in elderly people.* Family Practice, 15:16-22. [En ligne] http://fampra.oxfordjournals.org/content/15/1/16.full.pdf (page consultée le 2 novembre 2011).

Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé. (2006). *Guide d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), juin 2006. [En ligne] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-222-01.pdf (page consultée le 20 mai 2011).

Hardie, K. (2011). *Influenza (50): Australia (New South Wales), H275y mutation cluster.* Promed, 25 août 2011, numéro d'archive : 20110825.2594. [En ligne] http://www.promedmail.org/pls/otn/f?p=2400:1001:31712612667537::NO::F2400_P1001_BACK_PAGE,F2400_P1001_PUB_MAIL_ID:1010,89966 (page consultée le 8 septembre 2011).

Hayward, A.C., Harling, R., Wetten, S., Johnson, A.M., Muron, S. et collab. (2006). *Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomized controlled trial.* BMJ, 333(7581);1241.

Institute for healthcare improvement. (Non daté). *How-to Guide : Improving Hand Hygiene – A Guide for Improving Practices among Health Care Workers*. [En ligne] www.shea-online.org/Assets/files/IHI_Hand_Hygiene.pdf (page consultée le 8 juin 2011).

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

McGeer, A. (2009). *Influenza in hospital Who gets what from whom?* Présentation PowerPoint présenté au webbertraining, 22 avril 2010. [En ligne] www.webbertraining.com (page consultée le 3 août 2011).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2009). *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*. [En ligne] http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument (page consultée le 20 mai 2011).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2006). *Lignes directrices en hygiène et salubrité – Analyse et concertation.* [En ligne] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-602-01.pdf (page consultée le 16 août 2011).

Nicholson, KG, Webster, RG, Hay, AJ. (1998). *Textbook of influenza.* Blackwell Science Ltd editorial office, 578 p. ISBN: 0-632-04803-4.

Organisation mondiale de la Santé. (2011a). *Summary of influenza antiviral susceptibility surveillance findings*. September 2010 - March 2011. 6 Juin 2011. [En ligne] http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/updates/antiviral_susceptibility/en/index.html) (page consultée le 18 septembre 2011).

Organisation mondiale de la Santé. (2011b). « Analyse de la saison grippale 2010-2011, hémisphère Nord ». *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n° 22, 27 mai 2011, 86, p. 222-231. [En ligne] http://www.who.int/wer/2011/wer8622.pdf (page consultée le 16 août 2011).

Perrault, R. (2008). « Refus de recevoir la vaccination : retrait du travail sans solde? » *Bulletin CCH – travail.* Juin 2008, volume 10, n° 6. [En ligne] http://www.cch.ca/bulletins/travail/articles/buct0608_rt2.html (page consultée le 7 juin 2011).

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

Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. et Healthcare infection control practices advisory committee. (2007). *2007 Guideline for isolation précautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings.* CDC. [En ligne] http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf (page consultée le 10 juin 2011).

Society for healthcare epidemiology of America (SHEA). (2010). *Revised SHEA Position Paper: Influenza Vaccination of Healthcare Personnel,* août 2010. [En ligne] http://www.jstor.org/stable/pdfplus/10.1086/656558.pdf?acceptTC=true (page consultée le 18 octobre 2011).

Society for healthcare epidemiology of America (SHEA) et Infectious Diseases Society of America (IDSA). (2010). *Letter to Secretary Sebelius Urging a Strengthened Policy in Support of Universal Immunization of Healthcare Personnel.* 31 août 2010. [En ligne] http://www.shea-online.org/GuidelinesResources/FeaturedTopicsinHAIPrevention/Influenza.aspx (page consultée le 18 octobre 2011).

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

ANNEXE 1

RÉFÉRENCES POUR IDENTIFIER LES PARTICULARITÉS INHÉRENTES À CHAQUE SAISON GRIPPALE

RÉFÉRENCES POUR IDENTIFIER LES PARTICULARITÉS INHÉRENTES À CHAQUE SAISON GRIPPALE

Les informations à jour à chaque saison grippale peuvent être obtenues en consultant les différentes références suivantes sur Internet ou votre direction de santé publique. Les adresses électroniques mentionnées peuvent être modifiées au fil des ans. Les adresses citées sont celle valides au moment de la publication.

Circulation virale

Pour connaître les principales souches circulant dans le monde ainsi qu'une mise à jour hebdomadaire de l'indice d'activité grippale, veuillez vous référer au bulletin *Flash Grippe* du MSSS en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza (GPSVI) ainsi qu'aux rapports hebdomadaires de surveillance de la circulation du virus de l'influenza *FluWatch* de l'ASPC.

Par exemple pour la saison grippale 2011-2012, ces informations sont disponibles aux références suivantes :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2011). *Flash Grippe*. Volume 1, numéro 9, 3 juin 2011. [En ligne] http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?flash_influenza (page consultée le 1er août 2011).
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2011). *Surveillance de l'influenza.* [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php (page consultée le 1er août 2011).

Vaccination

L'Organisation mondiale de la Santé, le CCNI et le The Food and Drug Administration's Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee des CDC recommandent annuellement la composition des vaccins.

Par ailleurs, le PIQ met à jour annuellement les informations concernant la vaccination antigrippale et les vaccins disponibles au Québec. Au fur et à mesure que les données sur l'efficacité vaccinale sont disponibles, on peut en tenir compte pour ajuster l'intervention au besoin.

Par exemple pour la saison grippale 2011-2012, ces informations sont disponibles aux références suivantes :

- Organisation mondiale de la Santé. (2011). « Composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 2011-2012 dans l'hémisphère Nord ». *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n° 10, 4 mars 2011. [En ligne] http://www.who.int/wer/2011/wer8610.pdf (page consultée le 24 mai 2011).
- Centers for disease control and prevention (CDC). (2011). « Update: Influenza Activity --- United States, 2010--11 Season, and Composition of the 2011-12 Influenza Vaccine ». The Food and Drug Administration's Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee. *MMWR Weekly*, 3 juin 2011 / 60(21);705-712. [En ligne]

http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6021a5.htm?s_cid=mm6021a5_e&source=govdelivery (page consultée le 24 mai 2011).

- Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). (2011). *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2011–2012.* Agence de la santé publique du Canada, RMTC, Volume 37 • ACS-5, septembre 2011. [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/11vol37/acs-dcc-5/index-fra.php (page consultée le 26 octobre 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2009). *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*. [En ligne] http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument (page consultée le 12 décembre 2011).

Antiviraux

Pour connaître la sensibilité ou la résistance aux antiviraux des souches en circulation au Canada, veuillez vous référer aux données de surveillance de l'ASPC dans le bulletin hebdomadaire *FluWatch*, ou encore du CDC et de l'OMS. Ces données étant dynamiques, elles sont susceptibles de se moduler au cours d'une saison grippale. De plus, pour plus d'information sur l'offre des antiviraux, vous pouvez, entre autres, consulter l'ASPC ou les avis du CINQ mis à jour au besoin.

Par exemple pour la saison grippale 2011-2012, ces informations sont disponibles aux références suivantes :

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2011). *Surveillance de l'influenza. Rapport hebdomadaire du 3 juillet au 16 juillet 2011 (Semaines de déclaration 27 et 28)*, 22 juillet 2011. [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/10-11/w28_11/index-fra.php (page consultée le 1er août 2011).
- Centers for disease control and prevention (CDC). (2011). « Antivirial agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza ». *MMWR Weekly*, 21 janvier 2011/60(RR01);1-24. [En ligne] http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6001a1.htm (page consultée le 9 juin 2011).
- Organisation mondiale de la Santé. (2011). « Analyse de la saison grippale 2010-2011, hémisphère Nord ». *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n° 22, 27 mai 2011, 86, p. 222-231. [En ligne] http://www.who.int/wer/2011/wer8622.pdf (page consultée le 16 août 2011).
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2010). *Usage des antiviraux contre l'influenza dans les milieux de soins du Québec.* INSPQ, février 2010. [En ligne] http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales (page consultée le 13 juin 2011).
- Hardie, K. (2011). *Influenza (50): Australia (New South Wales), H275y mutation cluster.* Promed, 25 août 2011, numéro d'archive : 20110825.2594. [En ligne] http://www.promedmail.org/pls/otn/f?p=2400:1001:31712612667537::NO::F2400_P1001_BACK_PAGE,F2400_P1001_PUB_MAIL_ID:1010,89966 (page consultée le 8 septembre 2011).

ANNEXE 2

TABLEAU DES CARACTÉRISTIQUES DES VIRUS RESPIRATOIRES

TABLEAU DES CARACTÉRISTIQUES DES VIRUS RESPIRATOIRES

Microorganisme	Mode de transmission	Période d'incubation	Période de contagiosité	Durée des mesures de précaution
Adénovirus Souches respiratoires	Grosses gouttelettes; contact direct et indirect	2-14 jours	Jusqu'à la fin des symptômes	Durée des symptômes
Coronavirus (autre que SRAS-CoV)	Contact direct et indirect; possiblement par grosses gouttelettes	2-4 jours	Jusqu'à la fin des symptômes	Durée des symptômes
Entérovirus	Contact direct et indirect (fécale/orale)	3-6 jours		Durée des symptômes
Influenza saisonnière*	Grosses gouttelettes; contact direct et indirect	2 à 3 jours en moyenne, mais pouvant varier de 1 à 4 jours	24 heures avant le début des symptômes jusqu'à 5 jours après le début des symptômes chez l'adulte en général; possibilité de prolongation jusqu'à 7 jours chez les enfants	Généralement 5 jours ou 24 heures après la fin des symptômes
Métapneumovirus humain	Grosses gouttelettes; contact direct et indirect	2-8 jours		Durée des symptômes
Parainfluenza virus	Grosses gouttelettes; contact direct et indirect	2-6 jours	1-3 semaines	Durée des symptômes
Rhinovirus	Contact direct et indirect; possiblement par grosses gouttelettes	2-3 jours, jusqu'à 7 jours	Jusqu'à la fin des symptômes	Durée des symptômes
Virus respiratoire syncytial (VRS)	Grosses gouttelettes; contact direct et indirect	2-8 jours	Jusqu'à la fin des symptômes	Durée des symptômes

L'information présentée dans le tableau est adaptée de l'ASPC (1999) et du CDC (2011).

* Pour la seule section du virus de l'influenza saisonnière, les recommandations du document Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés sont intégrées au tableau en préséance aux recommandations de l'ASPC et du CDC.

Références

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2). *Guide de prévention des infections – Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé.* RMTC, Supplément Volume 25S4, juillet 1999. [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/guidance_lignesdirectrices/humpan-eng.php (page consultée le 13 juin 2011).

Centers for disease control and prevention (CDC). (2011). *Differential Diagnosis Spreadsheets - Demographic and Epidemiologic DataAntivirial*. 29 décembre 2011. [En ligne] http://emergency.cdc.gov/urdo/differential.asp#forms (page consultée le 11 janvier 2012).

ANNEXE 3

GRILLES DE SURVEILLANCE

GRILLE DE SURVEILLANCE DES CAS PRÉSENTANT UN SAG OU UNE GRIPPE CONFIRMÉE – PATIENTS

Légende :
0 = non ou négatif ou inconnu **1** = oui ou positif
F = fièvre T° > 38 °C, **T** = toux nouvelle ou exacerbée, **M** = myalgies ou arthralgies, **C** = céphalée, **Fr** = frissons, **G** = mal de gorge, **A** = autres

No. pt	No. dossier	Initiales pt	Date arrivée hôpital	Diagnostic d'admission			Date début symptômes	Signes et symptômes							Satut vaccinal 1/0	Test diagnostic		Antiviral A = prophyl. B = trait.		Noso 1/0	Si noso : lieu probable d'acquisition	Commentaires		
				Grippe 1/0	Complication de la grippe 1/0	Autre 1/0		F 1/0	T 1/0	M 1/0	C 1/0	Fr 1/0	G 1/0	A 1/0		Date prélèvement	Résultat 1/0	A 1/0	B 1/0			Décès 1/0	Soins intensifs	Autres

GRILLE DE SURVEILLANCE DES CAS PRÉSENTANT UN SAG OU UNE GRIPPE CONFIRMÉE – TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

Légende :

0 = non ou négatif ou inconnu **1** = oui ou positif

F = fièvre T° > 38 °C, **T** = toux nouvelle ou exacerbée, **M** = myalgies ou arthralgies, **C** = céphalée, **Fr** = frissons, **G** = mal de gorge, **A** = autres

No. TS	No. employé	Initiales TS	Lieu de travail	Diagnostic			Date début symptômes	Signes et symptômes							Satut vaccinal 1/0	Test diagnostic		Antiviral A = prophyl. B = trait.		Noso 1/0	Commentaires		
				Grippe 1/0	Complication de la grippe 1/0	Autre 1/0		F 1/0	T 1/0	M 1/0	C 1/0	Fr 1/0	G 1/0	A 1/0		Date prélèvement	Résultat 1/0	A 1/0	B 1/0		Décès 1/0	Soins intensifs 1/0	Autres

ANNEXE 4

LABORATOIRE

LABORATOIRE

Les différents tests de laboratoire utiles pour le diagnostic de la grippe sont présentés au tableau suivant.

Tests pour le diagnostic de la grippe

Tests	Typage (A ou B)	Sous-typage du virus de l'influenza A	Délai d'analyse[a]	Spécificité / Sensibilité[b]
Immunofluorescence (IFD, DFA)	Oui	Non	Quelques heures	++/±
TAAN[c, d] (RT-PCR)	Oui	Oui[e]	Une journée	+++/+++
Détection d'antigènes (test rapide)	Selon la trousse utilisée	Non	De 30 minutes à deux heures	++/±
Culture virale[d]	Oui	Non	De 4 à 10 jours	+++/++

[a] Temps nécessaire pour traverser toutes les étapes analytiques.

[b] Il existe une très grande variété de tests et de procédures pour chaque type d'épreuve. Les données de spécificité et de sensibilité varient également selon le type de spécimen prélevé (ex. : un écouvillon de gorge par rapport à une aspiration nasopharyngée). Ainsi, pour certaines trousses de détection d'antigène, les données de sensibilité fournies par les manufacturiers sont rapportées varier de 10 à 90 % selon le type d'échantillon et la population cible. L'échelle soumise par un expert pour qualifier la spécificité et la sensibilité est relative puisqu'il n'est pas possible de préciser davantage (ex. : en pourcentages). Cet exercice de prise en compte de la performance des tests diagnostiques disponibles devra être répété localement à chaque saison grippale.

[c] TAAN : test d'amplification d'acides nucléiques. La RT-PCR est le test de ce type le plus fréquemment utilisé.

[d] Deux types d'analyses sont disponibles pour détecter la résistance dans le cas d'un échec thérapeutique :

- les analyses génotypiques peuvent identifier rapidement des mutations connues pour causer la résistance, directement à partir de spécimens cliniques;
- les analyses phénotypiques sont réalisées à partir de cultures virales et recherchent directement le caractère de résistance.

Ces tests sont disponibles entre autres au LSPQ et au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg, par le LSPQ (voir le panier de services du LSPQ).

[e] Le sous-typage est utile lorsque les sous-types circulants présentent des différences dans leurs profils de résistance aux antiviraux ou lors d'autres situations particulières (ex. : morbidité sévère associée à une souche en particulier). Il pourra se faire en conjonction avec d'autres analyses (ex. : détection d'un gène de résistance aux antiviraux, voir le panier de services du LSPQ.

Une fois la prophylaxie initiée, si un patient développe un SAG, en plus d'une confirmation de la présence d'un virus de l'influenza par TAAN, il est aussi recommandé de vérifier la présence de résistance. Des analyses génotypiques peuvent détecter rapidement (quelques jours) des mutations connues pour causer la résistance directement à partir de spécimens cliniques. Cependant, il est préférable d'effectuer également des analyses phénotypiques à partir de cultures virales. Ces tests sont disponibles entre autres au LSPQ et au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg (par le LSPQ). Il faut s'assurer d'avoir accès à un test de laboratoire le plus fiable possible comme le test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) (ex. : RT-PCR) pour la confirmation d'une éclosion de grippe.

Pour le diagnostic d'autres virus respiratoires et en particulier si les symptômes sont sévères ou lors d'une éclosion persistante non confirmée, certains tests peuvent être disponibles dans votre centre hospitalier (ex. : MULTIPLEX-PCR).

Le CINQ (2010)[17] avance que :

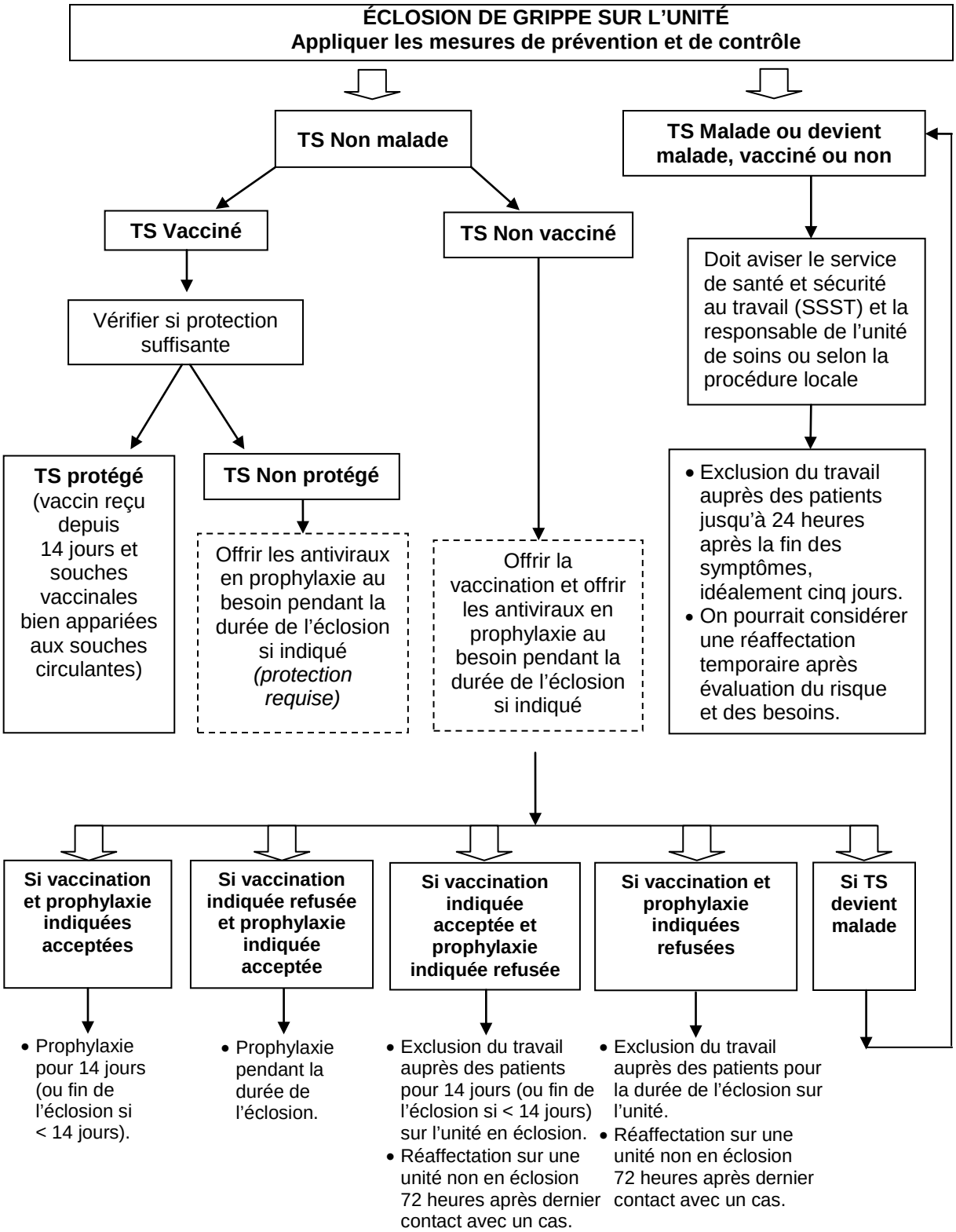
> L'utilisation d'épreuves diagnostiques avec détection simultanée de plusieurs agents pathogènes pour l'investigation d'éclosions d'infections respiratoires en milieu d'hébergement permettrait la confirmation rapide d'une éclosion de SAG dont l'étiologie demeure inconnue, l'ajustement des mesures de prévention et de contrôle incluant la vaccination, la médication et une meilleure utilisation des ressources (Marchand-Austin et autres, 2009; Harper et autres, 2009).
>
> À chaque saison, un monitorage hebdomadaire de la circulation des agents pathogènes respiratoires (virus influenza pandémique et/ou saisonnière et autres agents pathogènes respiratoires dont le VRS, *M. pneumoniae*, etc.) est nécessaire afin d'ajuster nos interventions.

[17] Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2010). Usage des antiviraux contre l'influenza dans les milieux de soins du Québec. INSPQ, février 2010.

ANNEXE 5

ALGORITHME POUR LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

ALGORITHME POUR LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ (TS)



ANNEXE 6

ALGORITHME POUR LA CONFIRMATION D'UNE ÉCLOSION DE GRIPPE

ALGORITHME POUR LA CONFIRMATION D'UNE ÉCLOSION DE GRIPPE

SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG) - Surveillance des symptômes

La définition plus spécifique est utilisée:	Durant la saison grippale ou lorsqu'une éclosion est suspectée, on pourra utiliser une définition plus sensible pour reconnaître rapidement l'introduction du virus de l'influenza :
• Apparition soudaine de fièvre (température buccale de 38 °C ou plus); • **ET** toux; • **ET** au moins un des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgie, myalgie, prostration ou fatigue extrême.	• Apparition soudaine de fièvre (température buccale de 38 °C ou plus); • **OU** toux; • **ET** au moins un des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgie, myalgie, prostration ou fatigue extrême.

Les symptômes peuvent être atypiques (ex. : atteinte de l'état général) en particulier chez les jeunes enfants (symptômes gastro-intestinaux) et chez les personnes âgées (toux plus tardive et fièvre parfois absente).

1er NOUVEAU CAS PRÉSENTANT UN SAG CHEZ UN PATIENT :

Tout cas présentant un SAG non isolé est à risque de transmission nosocomiale, dès 24 heures précédant le début des symptômes

1- Mettre en place les précautions requises
2- Aviser le médecin traitant et l'équipe de PCI
3- Faire un prélèvement ≤ 72 heures du début des symptômes selon le médecin traitant ou règle de soins infirmiers
4- Établir une période de surveillance de 10 jours

Si début des symptômes ≥ 72 heures après admission ou ≤ 24 heures après la sortie du centre hospitalier : acquisition nosocomiale.
Entre 24 et 72 heures de l'admission ou la sortie : analyse d'acquisition.
< 24 heures après l'admission : acquisition communautaire probable.

2e CAS PRÉSENTANT UN SAG SUR LA MÊME UNITÉ

1- Mettre en place les précautions requises
2- Aviser les médecins traitants
3- Faire un prélèvement nasopharyngé de ce 2e cas
4- Prélèvement de tout autre cas sur la même unité dans les 10 jours suivant le dernier cas

RÉSULTATS DES PRÉLÈVEMENTS

Deux prélèvements positifs pour le virus de l'influenza dont au moins un par TAAN ET
Lien épidémiologique confirmé entre les deux cas

ÉCLOSION DE GRIPPE

1- Appliquer les mesures de contrôle durant une éclosion de grippe confirmée ou suspectée.
2- Utiliser des antiviraux au besoin selon les médecins traitants et l'équipe de PCI. Une fois la prophylaxie initiée, si un patient présente un SAG, il est recommandé de faire une culture virale en plus d'une confirmation de la présence du virus de l'influenza par TAAN afin de vérifier aussi la présence de résistance.
3- Signaler à la direction de santé publique de votre région toute situation d'éclosion qui implique une transmission entre des patients hospitalisés dans des chambres différentes en particulier hors saison grippale ou lorsqu'il y a une éclosion majeure.
4- Informer rapidement la direction de santé publique et l'agence de la santé et des services sociaux lorsqu'une unité spécifique ou spécialisée est en éclosion et qu'il y a restriction des admissions pouvant avoir un impact sur l'accès aux soins au niveau régional ou provincial afin qu'on puisse prendre les mesures de mitigation nécessaires (ex. : unité de néonatalogie).
5- Consulter la direction de santé publique au besoin.

ANNEXE 7

EXEMPLE D’UN COMITÉ DE GESTION D’ÉCLOSION

EXEMPLE DE CONSTITUTION D'UN COMITÉ DE GESTION D'ÉCLOSION

Lors d'une éclosion et en particulier lors d'une éclosion majeure, la formation d'un comité chargé d'évaluer la situation, de gérer l'éclosion, de trouver les ressources nécessaires et de diffuser l'information devra être envisagée. Ce comité pourrait être formé des personnes suivantes :

Membre	Rôle
Médecin microbiologiste-infectiologue ou personne responsable de la prévention des infections	Président d'assemblée, rôle consultatif, décisionnel, informatif et gestionnaire de l'ensemble des activités
Représentant de l'équipe de PCI	Consultatif, décisionnel, informatif, gestionnaire (incluant surveillance et production de rapports)
Représentant de la Direction des services professionnels et hospitaliers	Consultatif, décisionnel, informatif et gestionnaire auprès des médecins
Représentant de la Direction des soins infirmiers	Consultatif, décisionnel, informatif et gestionnaire auprès du personnel infirmier
Gestionnaires médicaux et infirmiers des unités de soins touchées	Consultatif, décisionnel, informatif et gestionnaire auprès des médecins
Représentant du service de santé et sécurité au travail	Consultatif, décisionnel, informatif auprès du personnel. Assistance si le dépistage du personnel s'avère nécessaire
Représentant du service d'hygiène et salubrité	Consultatif, décisionnel, informatif et gestionnaire auprès de l'équipe d'hygiène et salubrité
Représentant de la pharmacie	Consultatif, décisionnel, informatif et gestionnaire auprès des pharmaciens
Représentant du laboratoire	Consultatif, décisionnel, informatif et gestionnaire auprès du personnel du laboratoire
Agente administrative	Soutien clérical. Soutien à l'entrée de données de surveillance
Représentant du service des communications	Consultatif, informatif auprès de l'ensemble du milieu et des médias

À ce groupe sera invitée toute personne jugée nécessaire pour son expertise. La fréquence des réunions sera déterminée au cours de la première réunion puis selon l'évolution de la situation. La direction de santé publique pourra être consultée au besoin.

ANNEXE 8

ALGORITHME POUR LA PRISE EN CHARGE DES CAS ET DES CONTACTS EN SITUATION D'ÉCLOSION

ALGORITHME POUR LA PRISE EN CHARGE DES CAS ET DES CONTACTS

ÉCLOSION DE GRIPPE

↓

Instaurer les mesures de contrôle

↓

Les séparer

CAS

- ✓ Mesures d'isolement pour 5 jours autour des cas;
- ✓ Dans le cas où les symptômes sont de courte durée (ex. : 2 à 4 jours), il est plus prudent de garder l'isolement jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes. Si les symptômes persistent plus de 7 jours, il est nécessaire de procéder à une réévaluation du patient.

Contacts étroits significatifs*

- ✓ Vérifier si des contacts étroits significatifs ayant séjourné sur l'unité touchée depuis ≤ 72 heures seraient sur d'autres unités
- ✓ Isolement des contacts pour 72 heures. Si aucun symptôme, lever l'isolement;
- ✓ Aviser le médecin de chaque contact et des recommandations en cours concernant la prophylaxie afin de pouvoir offrir la prophylaxie au besoin et selon les recommandations annuelles en cours.

- ✓ Surveiller l'apparition de nouveaux cas chez les patients et les travailleurs de la santé.

↓

Faire un prélèvement des nouveaux cas présentant un SAG

Prélèvement positif

Aviser le médecin :

- Utilisation des antiviraux (AV) en traitement selon le médecin traitant.

Lorsqu'un SAG apparaît chez un patient sous prophylaxie depuis 72 heures.

- Considérer aussi un autre diagnostic, mais suspecter une résistance aux AV et faire des tests additionnels (voir annexe 4), selon le médecin traitant.
- Consulter la direction de santé publique au besoin et l'aviser si la grippe est confirmée et résistance AV suspectée.

Prélèvement négatif

Mesures d'isolement jusqu'à la fin des symptômes
Aviser le médecin :

- Déterminer si on considère comme un cas clinique tout de même selon l'évaluation médicale;
- Utiliser des AV en traitement selon le médecin traitant;
- Considérer un autre diagnostic et faire des tests additionnels, selon le médecin traitant;
- Consulter la direction de santé publique au besoin.

* Par exemple, avoir été en contact direct avec les sécrétions respiratoires ou l'environnement contaminé par les sécrétions respiratoires du/des cas symptomatique(s) ou avoir été durant une heure cumulative dans la même pièce qu'un ou des cas symptomatique(s), et ce, sans protection.

ANNEXE 9

INFORMATION SUR L'UTILISATION DES INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE

INFORMATION SUR L'UTILISATION DES INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE

ANTIVIRAUX

Oseltamivir (Tamiflu®)[18]

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

Indications

- Traitement de la grippe (influenza A ou B) : selon le médecin traitant et l'équipe médicale locale;
- Pour être efficace, l'oseltamivir en traitement doit être commencé dans les deux jours suivants le début des symptômes;
- Prophylaxie de la grippe (influenza A ou B) : selon le médecin traitant, l'équipe médicale locale, l'équipe de prévention et de contrôle des infections locale et le service de santé et sécurité au travail au besoin;
- Consultation de la direction de santé publique au besoin.

Présentation

- Capsule de 75 mg;
- Poudre pour suspension buvable de 75 mL (renfermant 12mg/mL après reconstitution).

Contre-indication

- Allergie à une des composantes du produit.

Effets secondaires

- Nausées (de 12 % à 15 %) ou vomissements (3 %) se résolvant après une période de 24 à 48 heures. La prise de l'oseltamivir avec des aliments peut augmenter la tolérance chez certains patients.

Précautions

- Il y a possibilité d'intolérance héréditaire au fructose en raison du sorbitol contenu dans l'oseltamivir;
- L'oseltamivir ne doit pas être administré aux femmes qui allaitent des enfants de moins d'un an;
- Il n'y a pas de preuves scientifiques de l'efficacité de l'oseltamivir en prophylaxie chez les enfants de moins d'un an et très peu de preuves scientifiques de l'efficacité du traitement chez les enfants à risque élevé de complications. Consulter un spécialiste pédiatrique au besoin.

[18] Pour les références au sujet de l'oseltamivir (Tamiflu®) consulter la dernière page de ce document.

Interactions médicamenteuses

- Aucune connue.

Insuffisance rénale

- Il n'y a pas de données sur la dose recommandée en insuffisance rénale sévère. Advenant une non-disponibilité ou une contre-indication, la dose dans le tableau est suggérée lorsque la clairance de la créatinine est de 10 à 30 mL/min.

Posologie (CDC, 2011)

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

Clairance de la créatinine	**Posologie en prophylaxie***	**Posologie en traitement****
	Durée : pendant 14 jours ou jusqu'à 10 jours après l'apparition des symptômes chez le dernier cas	Durée : 5 jours, efficace si débuté ≤ 2 jours du début des symptômes
> 30 mL/min (fonction rénale normale)	75 mg par jour	75 mg deux fois par jour
10-30 mL/min	75 mg tous les deux jours	75 mg par jour
< 10 mL/min	Pas de contre-indication, pas de dosage recommandé. Pourrait être utilisé avec précaution en consultation avec leur néphrologue.	

La posologie en traitement peut parfois être revue à la hausse. Une réduction de la dose est recommandée pour une personne dont la créatinine est < 30 mL/min.

***Prophylaxie des enfants**	
Enfant	Posologie de prophylaxie
< 3 mois	À moins de situation critique, non recommandée, pour ce groupe d'âge à cause de données limitées (dose maximale de 30 mg par jour) Consulter un spécialiste pédiatrique.
3-11 mois	3 mg/kg une fois par jour (dose maximale de 30 mg par jour si > 10 kg) Consulter un spécialiste pédiatrique.
> 1 an et ≤ 5 kg	30 mg une fois par jour
> 15 kg et ≤ 23 kg	45 mg une fois par jour
> 23 kg et ≤ 40 kg	60 mg une fois par jour
> 40 kg	75 mg une fois par jour

****Traitement des enfants**	
Enfant	Posologie de traitement
< 3 mois	3 mg/kg deux fois par jour (dose maximale de 30 mg par jour)
3-11 mois	3 mg/kg deux fois par jour (dose maximale de 30 mg BID par jour si > 10 kg)
> 1 an et ≤ 15 kg	30 mg deux fois par jour
> 15 kg et ≤ 23 kg	45 mg deux fois par jour
> 23 kg et ≤ 40 kg	60 mg deux fois par jour
> 40 kg	75 mg deux fois par jour

Info lettre 166

Lors de prescription d'un traitement du virus de l'influenza en externe, inscrire code AI 139 lorsque l'oseltamivir est prescrit à une personne à risque de complications de la grippe.

Zanamivir (Relanza®)[19]

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

Indications

- Traitement de la grippe (influenza A ou B) : selon le médecin traitant et l'équipe médicale locale;
- Pour être efficace, le zanamivir en traitement doit être débuté dans les deux jours suivants le début des symptômes;
- Prophylaxie de la grippe (influenza A ou B) : selon le médecin traitant, l'équipe médicale locale, l'équipe de prévention et de contrôle des infections locale et le service de santé et sécurité au travail au besoin;
- Consultation de la direction de santé publique au besoin.

Présentation

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

Contre-indications

- Allergie à une des composantes du produit;
- Maladie respiratoire sous-jacente (en particulier l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).

Effets secondaires

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

Précautions

- Si un bronchospasme se développe durant l'utilisation du zanamivir, il faut en cesser immédiatement l'utilisation et traiter le bronchospasme rapidement;
- S'assurer que le patient maîtrise bien la technique d'inhalation;
- Il n'y a pas de donnée sur l'usage durant la grossesse et l'allaitement chez l'humain;
- La dose en cas d'insuffisance rénale sévère reste à déterminer;
- L'innocuité et l'efficacité non établies pour les enfants de moins de sept ans.

Interactions médicamenteuses

- Aucune connue.

[19] Pour les références au sujet du zanamivir (Relanza®) consulter la dernière page de ce document.

Posologie (CDC, 2011)

	Durée	**Groupe d'âge (ans)**			
		1-6	7-9	10-12	≥ 13
Posologie en traitement*	5 jours	Non approuvé	10 mg deux fois par jour (2 inhalations BID)	10 mg deux fois par jour (2 inhalations BID)	10 mg deux fois par jour (2 inhalations BID)
Posologie en prophylaxie	10 jours	Non approuvé pour les 1-4 ans	Âge 5-9 ans, 10 mg une fois par jour (2 inhalations DIE)	10 mg une fois par jour (2 inhalations DIE)	10 mg une fois par jour (2 inhalations DIE)

* La posologie en traitement peut parfois être revue à la hausse.

Info lettre 166

Lors de prescription d'un traitement du virus de l'influenza en externe, inscrire code AI 139 lorsque le zanamivir est prescrit à une personne à risque de complication de la grippe.

Références pour l'oseltavimir (Tamiflu®)

Centers for disease control and prevention (CDC). (2011). « Antivrial agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza ». *MMWR Weekly*, 21 janvier 2011/ 60(RR01);1-24. [En ligne] http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6001a1.htm (page consultée le 9 juin 2011).

Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. (2011). *Monographie du Tamiflu.* Association des pharmaciens du Canada, 50e édition, p. 2716-2720. ISBN : 13-978-1-894402-55-2.

Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé. (2006). *Guide d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), juin 2006 [En ligne] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-222-01.pdf (page consultée le 20 mai 2011).

RAMQ. (2011). *INFO LETTRE 166 Suspension du programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie.* 28 septembre 2011.

Références pour le zanamivir (Relanza®)

Centers for disease control and prevention (CDC). (2011). « Antivrial agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza ». *MMWR Weekly*, 21 janvier 2011/ 60(RR01);1-24. [En ligne] http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6001a1.htm (page consultée le 9 juin 2011).

Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. (2011). *Monographie du Relanza.* Association des pharmaciens du Canada, 50e édition, p. 2357-2360. ISBN : 13-978-1-894402-55-2.

Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé. (2006). *Guide d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), juin 2006 [En ligne] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-222-01.pdf (page consultée le 20 mai 2011).

RAMQ. (2011). *INFO LETTRE 166 Suspension du programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie.* 28 septembre 2011.

N° de publication : 1391

EXPERTISE
CONSEIL

INFORMATION

FORMATION

www.**inspq**.qc.ca

RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION

COLLABORATION
INTERNATIONALE

LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique
Québec