Mesures de prévention et contrôle de la grippe pandémique H1N1 lors d'une vague pandémique pour les établissements de soins aigus, les soins ambulatoires et les soins à domicile

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec

Avis et recommandations

Mesures de prévention et contrôle de la grippe pandémique H1N1 lors d'une vague pandémique pour les établissements de soins aigus, les soins ambulatoires et les soins à domicile

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Novembre 2009

Institut national
de santé publique
Québec

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTRICES

Lucie Beaudreau
Institut national de santé publique du Québec

Marie Gourdeau
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) – Hôpital Enfant-Jésus

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

Chantal Soucy
Ministère de la Santé et des Services sociaux

SOUS LA COORDINATION DE

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

MISE EN PAGES

Elena Madrid
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 – 4e TRIMESTRE 2009
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-57603-7 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-57604-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2009)

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ)

Membres actifs

Marie Gourdeau, présidente du comité, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) - Pavillon Hôpital Enfant-Jésus

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

Patrick Dolcé, Centre de santé et de services sociaux Rimouski-Neigette

Charles Frenette, Centre universitaire de santé McGill

Rodica Gilca, Institut national de santé publique du Québec

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

Andrée Larose, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) - Hôpital Saint-Luc

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

Danielle Moisan, Centre hospitalier régional du Grand-Portage

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

Caroline Quach, Centre universitaire de santé McGill (CUSM) – Hôpital de Montréal pour enfants

Pierre St-Antoine, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) - 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

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

Membres de liaison

Michèle Dupont, Institut national de santé publique du Québec

Brigitte Lefebvre, Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Rocher, Institut national de santé publique du Québec

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

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **1**

1 FONDEMENT DES RECOMMANDATIONS **3**

1.1 Connaissances actuelles sur la grippe pandémique H1N1 3

2 MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE LA GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1 DANS LES MILIEUX DE SOINS **5**

2.1 Contenir les sécrétions respiratoires à la source (hygiène et étiquette respiratoire) 5

2.2 Limiter les contacts entre les personnes infectées et les personnes non infectées 6

2.3 Protéger le personnel par l'application de mesures de protection individuelle 8

2.3.1 Vaccination du personnel avec le vaccin contre le virus de l'influenza A(H1N1) 2009 8

2.3.2 Port de l'équipement de protection personnelle (ÉPP) lors des soins aux patients 9

2.3.3 Procédures à risque de générer des aérosols 10

2.3.4 Particularités lors de l'observation ou de l'hospitalisation des patients atteints de grippe pandémique H1N1 (cas suspect ou confirmé) 11

2.3.5 Soins postmortem 11

2.4 Autres mesures 11

2.4.1 Surveillance 11

2.4.2 Mesures environnementales : nettoyage et désinfection de l'environnement (entretien ménager) 12

2.5 Soins à domicile 13

2.6 Santé au travail 14

BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES **17**

ANNEXE 1 OUTIL DE DÉPISTAGE DU SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG) POUR L'APPLICATION DES MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS **21**

ANNEXE 2 LISTE DE VÉRIFICATION DES MESURES ORGANISATIONNELLES MISES EN PLACE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS **25**

ANNEXE 3 EXEMPLES DE MODÈLES D'ORGANISATION DES SOINS EN CENTRE HOSPITALIER **31**

ANNEXE 4 TABLEAU SYNTHÈSE DES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE LORS D'UNE VAGUE DE GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1 (PHASE 6) **35**

ANNEXE 5 TABLEAU SYNTHÈSE DES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE LORS D'UNE VAGUE DE GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1 (PHASE 6) **39**

ANNEXE 6 MESURES DE PRÉVENTION RECOMMANDÉES EN MILIEUX DE SOINS AIGUS - OBSERVATION DE L'URGENCE ET HOSPITALISATION D'UN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1 ..... **43**

INTRODUCTION

Ce document fait état des recommandations proposées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) au regard des mesures de prévention et de contrôle des infections qui doivent être mises en place dans les milieux de soins aigus, les cliniques ambulatoires et les soins à domicile afin de minimiser l'impact de grippe pandémique H1N1 sur la clientèle, les travailleurs de la santé et les services de soins offerts à la population lors d'une vague pandémique. Le présent document a pour but d'apporter des précisions sur les mesures à mettre en place pour atteindre cet objectif.

Ces recommandations s'adressent aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et aux services ambulatoires et de soins à domicile (cliniques médicales, cliniques externes des centres hospitaliers, des CHSLD, des CR et des CLSC, etc.). Elles doivent être appliquées dès que les autorités officielles de santé publique confirmeront l'étendue d'une nouvelle vague de transmission de la grippe pandémique dans la communauté.

***

Les mesures recommandées dans ce document ont été formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour concernant le virus de grippe A(H1N1) 2009. Elles seront ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur ce virus.

Veuillez noter que le présent document remplace le document suivant : *Prévention de la transmission des maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse (MRSI), de l'influenza aviaire A(H5N1) et de la grippe A(H1N1) d'origine porcine dans les milieux de soins - Mise à jour des recommandations portant sur la grippe A(H1N1) - 29 juin 2009*.

Les présentes recommandations remplacent celles portant sur les mesures de prévention et contrôle de la grippe A(H1N1) contenues dans le document *Prévention de la transmission des maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse (MRSI), de l'influenza aviaire A(H5N1) et de la grippe A(H1N1) d'origine porcine dans les milieux de soins - 22 mai 2009*.

Elles remplacent également les recommandations concernant les établissements de soins aigus, les soins ambulatoires et les soins à domicile qui se retrouvent dans le document suivant : *Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels* de juin 2006.

1 FONDEMENT DES RECOMMANDATIONS

Les présentes recommandations se fondent sur les connaissances épidémiologiques actuelles du virus de la grippe pandémique H1N1. Elles sont formulées en tenant compte des éléments suivants :

- Le virus circule abondamment dans la communauté;
- La sévérité de l'atteinte liée au virus de la grippe pandémique H1N1 s'apparente à celle du virus de la grippe saisonnière;
- La disponibilité d'un vaccin efficace;
- L'administration précoce d'un traitement avec des antiviraux réduit le risque de complications reliées à l'infection;
- Il est essentiel de protéger les patients, les visiteurs et les travailleurs de la santé.

Les principales stratégies de prévention et contrôle de la grippe pandémique H1N1 sont semblables à celles mises en place pour la grippe saisonnière : la vaccination, la détection précoce des cas, l'administration d'antiviraux ainsi que la mise en place de mesures visant à prévenir la transmission pendant la prestation de soins au patient.

1.1 CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LA GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1

Les données épidémiologiques actuelles indiquent que la grippe pandémique H1N1 se comporte généralement de façon similaire à la grippe saisonnière. Dans la grande majorité des cas, les personnes présentent un syndrome grippal sans complication, avec guérison complète en moins d'une semaine, même sans traitement médical (OMS, 16 octobre 2009).

Cependant, on a rapporté une proportion significative de cas nécessitant une admission à l'unité des soins intensifs parmi des jeunes adultes, jusque-là en bonne santé. Outre les groupes connus à risque de complications avec la grippe saisonnière, diverses études rapportent que les femmes enceintes présenteraient un risque accru d'hospitalisation suite à une infection par le virus de la grippe pandémique H1N1, surtout dans le troisième trimestre de la grossesse (Douville-Fradet et coll., 2009; OMS, 16 octobre 2009).

Incubation et contagiosité

La période d'incubation de la maladie est d'une durée moyenne de un à quatre jours mais peut aller jusqu'à sept jours. Les personnes infectées sont contagieuses 24 heures avant l'apparition des symptômes et en moyenne jusqu'à sept jours après le début de ceux-ci. (CDC, 14 octobre 2009). Cet échéancier correspond à l'expérience antérieure vécue avec le virus de la grippe porcine chez l'humain (ASPC, 28 juillet 2009). La quantité de virus propagés par la personne infectée est maximale au cours des 2 à 3 premiers jours de la maladie et semble correspondre au moment où la fièvre est plus élevée (CDC, 14 octobre 2009).

Manifestations cliniques

Le tableau clinique de la grippe pandémique H1N1 correspond dans la majorité des cas à une maladie bénigne.

Les manifestations cliniques de la grippe pandémique H1N1 sont :

- Apparition soudaine d'une maladie respiratoire aigue avec de la fièvre et/ou de la toux accompagnée d'au moins un des symptômes suivants :
  - mal de gorge;
  - céphalées;
  - arthralgie;
  - myalgie;
  - prostration ou fatigue extrême.

Comparativement aux manifestations cliniques de grippe saisonnière, on retrouve fréquemment parmi les cas de grippe pandémique H1N1 des symptômes gastro-intestinaux qui consistent en des nausées et vomissements, de la diarrhée et quelques fois des douleurs abdominales (Douville-Fradet M. et coll, 2009; Bartlett JG, 2009; CDC 14 octobre 2009; CDC, 5 juin 2009) L'absence de fièvre a été observée dans certains cas (CDC, 14 octobre 2009; Douville-Fradet M. et coll, 2009). Finalement une minorité d'individus parmi lesquels des jeunes adultes en bonne santé vont présenter une maladie pulmonaire sévère qui progresse vers un syndrome de détresse respiratoire aigue (SDRA) (Jain S et coll., 2009; Kumar A. et coll., 2009; The ANZIC Influenza Investigators, 2009). Par ailleurs, certains patients qui présentent des conditions médicales pré existantes peuvent se présenter d'emblée avec des complications cardio-pulmonaires telles qu'une crise aiguë d'asthme, une surinfection bronchique, une pneumonie bactérienne, une décompensation cardiaque ou des complications neurologiques (convulsions fébriles ou encéphalite) (Bartlett JG, 2009).

Modes de transmission

Comme le virus de l'influenza saisonnière, le virus de l'influenza A(H1N1) se transmet principalement par gouttelettes (en parlant, en toussant ou lors d'éternuements) ou par un contact direct ou indirect avec des sécrétions respiratoires d'une personne infectée.

Par ailleurs, des études récentes sur la grippe saisonnière réalisées au cours des dernières années semblent démontrer que dans certaines conditions particulières, telles que la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols (voir section 2.3.3), le virus de l'influenza pourrait aussi se propager par de fines particules aérosolisées. C'est ce qu'on appelle la transmission par voie aérienne opportuniste (CDC, 2007). Cependant, selon les études épidémiologiques et de laboratoire, il ressort que les aérosols du virus de l'influenza, lorsque présents, ne franchissent pas de grandes distances et ne demeurent pas en suspension dans l'air pendant de longues périodes, se limitant à l'environnement immédiat du patient (CDC, 2007; CDC, 14 octobre 2009).

2 MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE LA GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1 DANS LES MILIEUX DE SOINS

Les principes de base qui guident les mesures de prévention et contrôle de la grippe pandémique H1N1 sont les suivants :

- Contenir les sécrétions respiratoires à la source;
- Limiter les contacts entre les personnes infectées et les personnes non infectées;
- Protéger le personnel[1] des personnes infectées par le virus de la grippe pandémique H1N1.

Ces principes s'appliquent dans tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et les cliniques de soins ambulatoires où des personnes affectées pourraient se rendre pour recevoir des soins de santé (par exemple : centres hospitaliers, services des urgences, services ambulatoires, CLSC, cliniques médicales, etc.). Ils s'appliquent aussi pour les travailleurs de la santé qui effectuent des soins à domicile.

Les mesures requises pour l'application de ces principes sont présentées dans les sections qui suivent et résumées dans les tableaux synthèses qui se trouvent en annexe.

Les recommandations qui suivent sont fondées sur l'évaluation du risque effectuée à partir des éléments suivants :

- La sévérité de l'atteinte liée au virus de la grippe pandémique H1N1 s'apparente à celle du virus de la grippe saisonnière;
- Les modes de transmission préférentiels du virus de l'influenza sont la transmission par gouttelettes et par contact;
- Le risque de transmission par voie aérienne opportuniste est minime lors d'activités de soins courants. Des précisions sont apportées lorsqu'un risque accru de transmission par voie aérienne opportuniste est suspecté.

2.1 CONTENIR LES SÉCRÉTIONS RESPIRATOIRES À LA SOURCE (HYGIÈNE ET ÉTIQUETTE RESPIRATOIRE)

Ce premier principe vise à réduire la dispersion du virus de l'influenza A(H1N1) à partir de la personne infectée. Les mesures suivantes favorisent le respect des recommandations s'adressant aux personnes symptomatiques. Les annexes 1, 2 et 3 contiennent des outils et exemples utiles pour la mise en application de ces mesures.

- Mettre en place un système de contrôle actif des patients, des visiteurs, des accompagnateurs qui présentent de la fièvre et de la toux à l'entrée de l'établissement, et vérifier le tableau clinique des membres du personnel à leur arrivée au travail. Les objectifs de ce contrôle sont de :
  - détecter les personnes présentant un SAG et favoriser le respect des restrictions d'accès recommandées aux visiteurs, aux accompagnateurs et aux membres du personnel;

[1] Le personnel inclut les bénévoles et stagiaires.

- diriger les personnes présentant un SAG vers le secteur qui leur est réservé;
- faire respecter l'hygiène et l'étiquette respiratoire et l'hygiène des mains.

o Installer une zone d'accueil ou de prétriage, contrôlée par du personnel attitré à cette tâche, à l'entrée des cliniques externes ou des services de l'établissement (par exemple, imagerie médicale, centre de prélèvements, etc.) ou à l'entrée des cliniques médicales afin d'identifier rapidement les personnes avec de la fièvre et de la toux, de faire appliquer les mesures d'hygiène des mains et d'étiquette respiratoire, et de les diriger dans la section qui leur est réservée;

o Installer des affiches ou alertes visuelles pour faire la promotion des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire dans les zones communes (par exemple, ascenseurs, salles d'attente, cafétérias, salles de toilettes) et à l'entrée des unités de soins; elles serviront d'aide-mémoire à toutes les personnes fréquentant l'établissement ou la clinique médicale;

o Faciliter le respect des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire en assurant l'accès des patients et des visiteurs au matériel requis dans les salles d'attente :
- fournir des papier-mouchoirs et des poubelles sans contact (par exemple, poubelles à pédale ou sans couvercle) pour jeter les papier-mouchoirs usagés;
- installer des distributeurs de rince-mains antiseptique à base d'alcool dans des endroits appropriés;
- prévoir des dispensateurs de savon et des serviettes de papier jetables à côté des lavabos pour le lavage des mains;
- fournir des masques[2];
- afficher les informations sur le port adéquat et sécuritaire des masques et sur la technique d'hygiène des mains.

2.2 LIMITER LES CONTACTS ENTRE LES PERSONNES INFECTÉES ET LES PERSONNES NON INFECTÉES

Les annexes 1, 2, 3 et 4 contiennent des tableaux résumant les recommandations de cette section et des outils pour en faciliter la mise en application.

o Mettre en place un contrôle actif des visiteurs et accompagnateurs à l'entrée de l'établissement :
- aucune visite de visiteurs symptomatiques n'est permise, sauf pour des raisons humanitaires. Dans ces situations, aviser les visiteurs symptomatiques de respecter le port du masque[2] en tout temps, de procéder à l'hygiène des mains et de restreindre leur circulation dans le milieu de soins à l'essentiel;
- mettre des affiches ou alertes visuelles (traduites dans les langues appropriées à la clientèle) à l'entrée de l'établissement et des unités de soins signalant les restrictions imposées aux visiteurs.

[2] Dans le cadre de ce document, la notion de masque réfère à un masque chirurgical ou de procédure.

- Lors de l'accueil ou du prétriage :
  - Diriger rapidement les personnes présentant un SAG dans le secteur qui leur est réservé dans la salle d'attente. Ce secteur doit permettre aux patients présentant un SAG de demeurer à une distance de 2 mètres des personnes asymptomatiques. Si l'espace disponible rend difficile la mise en application de cette mesure, des barrières physiques (exemple : mur de plexiglas) doivent être mises en place.
- Installer des affiches ou alertes visuelles et la signalisation requise :
  - aux entrées du milieu de soins recommandant aux visiteurs porteurs d'une infection transmissible de reporter leur visite;
  - précisant aux personnes qui circulent dans l'établissement ou dans la clinique médicale quels sont les secteurs à accès restreint, comme les unités de cohorte de SAG, et les secteurs réservés aux patients atteints de SAG dans les salles d'attente.

Particularités pour le service de l'urgence

Selon l'affluence de la clientèle :

- Mettre en place un service de triage rapide qui consiste en un lieu de triage distinct de celui de l'urgence, afin d'orienter les patients qui se présentent avec des symptômes d'allure grippale (SAG) vers le service le plus approprié à leurs besoins, comme rediriger ceux qui ne nécessitent pas de soins d'urgence vers des sites de soins non traditionnels ou autres;
- Identifier des salles d'attente et d'évaluation distinctes pour les patients manifestant des symptômes d'allure grippale. Si cette mesure ne peut être mise en place, l'installation de la salle d'attente devrait permettre aux patients ayant des symptômes respiratoires de s'asseoir à au moins deux mètres des autres patients;
- Limiter les contacts des patients infectés par la grippe pandémique H1N1 uniquement au personnel requis pour les soins directs.

Particularités lors de l'observation ou de l'hospitalisation des patients atteints de grippe pandémique (cas suspect ou confirmé)

- Hébergement des patients :
  - isoler les patients dans une chambre individuelle ou à défaut maintenir une distance de 2 mètres entre les patients ou mettre une barrière physique si l'espace est insuffisant (exemple : rideau séparateur ou paravent). Les patients qui présentent un diagnostic confirmé d'infection au même agent pathogène peuvent être regroupés dans une même chambre (cohorte);
  - zones ou unités de cohorte : désigner des unités ou des zones de l'établissement avec du personnel dédié où l'on regroupera les patients souffrant de grippe pandémique H1N1. Au plus fort d'une vague pandémique, il est possible que la capacité de réaliser des épreuves de laboratoire pour confirmer le diagnostic soit limitée. Dans ce cas, le regroupement des patients devrait être effectué en fonction des symptômes cliniques, correspondant à ceux de la grippe pandémique H1N1. Partager les unités de soins dédiés en deux sections selon le degré de certitude de l'atteinte : syndrome grippal soupçonné, et grippe pandémique H1N1 confirmée;

- Déplacement des patients présentant un SAG :
  - limiter le déplacement des patients à l'extérieur de la chambre pour des besoins médicaux uniquement;
  - si un déplacement à l'extérieur de la chambre est nécessaire, s'assurer que le patient porte un masque chirurgical ou de procédure. Si le port du masque ne peut pas être toléré (par exemple : en raison de l'âge du patient ou de difficultés respiratoires), couvrir le nez et la bouche avec un papier mouchoir afin de contenir les sécrétions des voies respiratoires. Les patients devraient procéder à l'hygiène des mains avant de quitter la chambre, après s'être mouché et après tout contact avec des secrétions respiratoires.

Vous trouverez à l'annexe 5 un tableau qui résume les mesures de prévention et contrôle des infections recommandées lors de l'observation ou de l'hospitalisation des patients atteints de grippe pandémique.

Particularités pour les soins ambulatoires

(Exemple : cliniques externes du CH ou du CLSC, cliniques médicales, services d'imagerie médicale, centre de prélèvement, etc.)

- Effectuer le triage par téléphone des patients ayant un rendez-vous afin d'identifier les personnes qui présentent des symptômes de la grippe ou exigeant une visite médicale en raison de symptômes de la grippe (voir annexe 1 - outil d'évaluation du syndrome d'allure grippale), décourager les visites non urgentes et leur proposer de reporter leur rendez-vous;
- Recommander aux patients symptomatiques de consulter le Guide autosoins pour connaître les mesures à appliquer à la maison et dans la communauté, s'ils doivent se déplacer.

2.3 PROTÉGER LE PERSONNEL[3] PAR L'APPLICATION DE MESURES DE PROTECTION INDIVIDUELLE

2.3.1 Vaccination du personnel avec le vaccin contre le virus de l'influenza A(H1N1) 2009

La vaccination offre la meilleure protection contre l'infection liée à ce nouveau virus et les complications qui peuvent y être associées. Il est démontré que la vaccination des travailleurs de la santé réduit les cas de grippe confirmés par sérologie, les syndromes grippaux et la mortalité chez les patients (Carman WF, 8 janvier 2000), ainsi que le nombre annuel d'éclosions de grippe saisonnière dans les milieux fermés (Stevenson CG, 2001). Elle prévient l'infection chez le travailleur de la santé et par conséquent prévient la transmission de la grippe pandémique H1N1 aux patients, à leurs collègues de travail, et aux membres de leur famille.

[3] Le personnel inclut les bénévoles et stagiaires.

Les établissements de soins aigus, les services ambulatoires et de soins à domicile doivent promouvoir la vaccination auprès des membres de leur personnel afin de les protéger de l'infection par ce nouveau virus pour lequel ils n'ont pas d'immunité sauf exception (personnes qui ont déjà présenté une infection confirmée au virus de la grippe pandémique H1N1). Il n'y a aucun risque pour une personne qui aurait contracté une infection naturelle à recevoir le vaccin (CIQ, 2009).

2.3.2 Port de l'équipement de protection personnelle (ÉPP) lors des soins aux patients

- L'ÉPP est utilisé pour prévenir le contact du personnel avec le virus de l'influenza A(H1N1) 2009. L'indication du port de l'ÉPP se base principalement sur les pratiques de base et les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes, auxquelles on ajoute le port de gants lors d'activités de soins courants, si un contact étroit avec le patient ou son environnement immédiat est anticipé. Des ajustements dans l'ÉPP sont requis lorsqu'un risque de transmission par voie aérienne opportuniste est suspecté, comme lors de la réalisation de procédures considérées à risque de générer des aérosols infectieux (voir section page suivante);
- S'assurer que l'équipement de protection personnelle requis lors des soins aux patients atteints de la grippe pandémique H1N1 est disponible en tout temps;
- Lors des soins courants, le personnel doit :
  - porter un masque[4] et porter des gants pour les contacts étroits avec des personnes infectées;
  - porter une blouse à manche longue et une protection oculaire seulement si risque de souillures ou d'éclaboussures par du sang ou autres liquides biologiques dont les sécrétions respiratoires (selon les pratiques de base);
  - procéder à l'hygiène des mains après tout contact avec un patient infecté et après le retrait des gants.
- Les travailleurs de la santé doivent être particulièrement vigilants en ce qui concerne les points suivants :
  - éviter de toucher leurs yeux, nez ou bouche avec des mains contaminées (avec ou sans gants). Revêtir l'ÉPP de façon appropriée avant tout contact avec des patients afin d'éviter de devoir l'ajuster et ainsi de risquer l'autocontamination durant l'utilisation;
  - concernant le port du masque, respecter les bonnes pratiques suivantes :
    - un masque ne devrait être porté qu'une seule fois puis être jeté immédiatement après l'utilisation. Si les patients infectés par la grippe pandémique H1N1 sont regroupés dans une zone de soins ou dans plusieurs chambres d'une même unité de soins, et que le personnel doit visiter un certain nombre de patients durant un court laps de temps, il peut être préférable qu'il porte un masque pour toute la durée de l'activité. Cependant, les autres ÉPP (par exemple, gants, blouses) doivent être changés entre chaque patient et l'on doit procéder à l'hygiène des mains;
    - changer les masques lorsqu'ils deviennent humides;

[4] Dans ce document, lorsqu'il est question de masque, cela réfère à un masque chirurgical ou de procédure.

  - ne pas laisser le masque pendre autour du cou ou à l'oreille;
  - toujours procéder à l'hygiène des mains après avoir touché ou enlevé un masque;
- éviter de contaminer les surfaces qui ne sont pas dans l'environnement immédiat du patient lors des soins (par exemple, poignées de porte, commutateur de lumière).

2.3.3 Procédures à risque de générer des aérosols

Les experts ne s'entendent pas sur les procédures pouvant générer des aérosols qui représentent un risque de transmission par voie aérienne opportuniste. Par contre, il y a un consensus sur les procédures suivantes, considérées à risque de générer de plus fortes concentrations d'aérosols à potentiel infectieux, justifiant d'augmenter le niveau de protection respiratoire lorsqu'elles sont réalisées : l'intubation endotrachéale et l'extubation, la réanimation cardio-respiratoire, la bronchoscopie, l'aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert et la réalisation d'autopsie (OMS, 25 juin 2009; SHEA, 10 juin 2009; ASPC, 28 juillet 2009).

Bien que certaines autorités aient suggéré que le traitement de nébulisation qui risque de provoquer la toux, la collecte de prélèvements nasopharyngés (écouvillonnage ou aspiration de secrétions) et l'utilisation d'oxygène à haut débit pourraient générer des aérosols infectieux, le potentiel d'exposition que représentent ces procédures ne justifie pas le port d'un appareil de protection respiratoire de type N-95 (APR N-95) selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) et l'Association for Professionals in Infection Control and epidemiology (APIC) et les Centers for Disease prevention and Control (CDC), (OMS, 25 juin 2009; SHEA, 10 juin 2009; CDC, 14 octobre 2009). Les membres du CINQ sont en accord avec cette position et ne retiennent pas ces procédures malgré la position divergente de l'Agence de la santé publique du Canada et des CDC quant à l'indication du rehaussement de la protection respiratoire, même si ces autorités y reconnaissent un risque moindre de générer des aérosols (ASPC, 28 juillet 2009).

- Lors de la réalisation des procédures considérées à risque de générer des aérosols, le personnel doit :
  - porter un appareil de protection respiratoire (APR) de type N-95. Les APR doivent être utilisés dans le cadre d'un programme de protection respiratoire qui inclut notamment des tests d'ajustement et une formation sur l'utilisation adéquate de cet équipement;
- porter des gants, une blouse à manche longue et une protection oculaire.

Veuillez vous référez aux annexes 4 et 5 pour plus de détails sur l'ÉPP requis selon l'activité de soins ou l'intervention réalisée.

2.3.4 Particularités lors de l'observation ou de l'hospitalisation des patients atteints de grippe pandémique H1N1 (cas suspect ou confirmé)

Vous trouverez à l'annexe 6 un tableau qui résume les recommandations présentées dans la section qui suit.

- Durée de l'application des précautions additionnelles : ces mesures doivent être appliquées jusqu'à sept jours ou jusqu'à résolution des symptômes systémiques selon la plus longue de ces éventualités (excluant la toux qui peut persister longtemps). Étant donné que les patients immunosupprimés et les jeunes enfants peuvent excréter le virus pendant une plus longue période, les précautions additionnelles doivent être maintenues pour toute la durée de la maladie;
- Le personnel (clinique ou non) des unités de cohorte ne devrait pas être affecté à d'autres unités de soins. Il est essentiel de limiter le nombre d'employés dans les zones de cohorte et de ne laisser entrer que le personnel requis aux soins et aux services; idéalement, y attitrer du personnel vacciné ou immun à la suite d'une infection;
- Prévoir l'utilisation d'appareils de diagnostic portatifs (par exemple : appareil de radiologie ou d'ECG) dans les zones de cohorte (matériel et équipement dédiés). Idéalement, ces appareils devraient demeurer dans la zone de cohorte; si cela n'est pas possible, l'appareil doit être nettoyé et désinfecté avant de sortir de cette zone.

2.3.5 Soins postmortem

- Les travailleurs de la santé doivent porter l'équipement de protection personnelle jusqu'à ce que la dépouille soit recouverte d'un drap ou disposée dans un linceul;
- Suivre les procédures habituelles de l'établissement pour la disposition des dépouilles. Celles-ci devraient comprendre l'utilisation de linceuls qui permettent d'éviter le contact avec du sang et des liquides biologiques conformément aux pratiques de base.

2.4 AUTRES MESURES

2.4.1 Surveillance

- Rehausser la surveillance des cas suspects de syndrome grippal afin de détecter toute transmission à d'autres patients hospitalisés;
- En cas de transmission nosocomiale limitée, par exemple, éclosion dans une ou deux unités de soins, un ajustement des mesures devra être fait, notamment :
  - regrouper les patients et le personnel dans les unités touchées;
  - restreindre les nouvelles admissions (à l'exception de patients atteints de grippe pandémique H1N1 dans les unités touchées;
  - seules les visites pour des raisons humanitaires devraient être autorisées sur les unités touchées.

2.4.2 Mesures environnementales : nettoyage et désinfection de l'environnement (entretien ménager)

Le nettoyage et la désinfection des surfaces doivent être exécutés de façon rigoureuse, selon les principes qui s'appliquent habituellement dans les milieux de soins.

Nettoyage et désinfection des chambres pendant le séjour des patients

- Porter des gants conformément aux procédures de nettoyage de l'environnement de l'établissement et porter un masque chirurgical ou de procédure comme recommandé dans les précautions contre la transmission par gouttelettes. Les blouses ne sont habituellement pas nécessaires pour le nettoyage quotidien d'une chambre d'un patient atteint de grippe pandémique H1N1. La blouse n'est requise que s'il y a risque de contamination avec du sang ou des liquides biologiques, des sécrétions ou excrétions[5];
- Éviter de garder à proximité du patient tout matériel de soins et d'équipements qui ne sont pas nécessaires afin de faciliter le nettoyage quotidien;
- Utiliser un produit détergent désinfectant approuvé pour les hôpitaux. Suivre les recommandations du fabricant pour la dilution (sa concentration), le temps de contact et les particularités de la manipulation;
- Suivre les procédures de l'établissement pour le nettoyage régulier (au minimum une fois par jour) des chambres occupées. Porter une attention particulière aux surfaces fréquemment touchées ou « high touch » (par exemple, côtés de lits, tables de lit et tables de chevet, télécommandes, cloche d'appel, téléphones, surfaces des lavabos et toilettes y compris les barres d'appui, les poignées de portes, commodes, surfaces des ventilateurs);
- Nettoyer et désinfecter les déversements de sang et de liquides biologiques immédiatement.

Nettoyage et désinfection après le transfert ou le congé des patients

- Suivre les procédures habituelles de l'établissement pour le nettoyage d'une chambre d'isolement après le congé du patient;
- Nettoyer et désinfecter toutes les surfaces qui ont été en contact avec le patient ou qui auraient pu être contaminées pendant son séjour. Aucun traitement particulier n'est nécessaire pour les rideaux de fenêtres, les plafonds et les murs, sauf s'il y a évidence de souillures visibles.

Nettoyage et désinfection des cliniques de soins ambulatoires et cliniques médicales

- Nettoyer et désinfecter l'environnement et les équipements de soins potentiellement contaminés par un patient infecté par la grippe pandémique H1N1 immédiatement après utilisation ou après le départ du patient infecté, avant utilisation pour un autre patient;

[5] Santé Canada (maintenant Agence de la santé publique du Canada). (décembre, 1998) Guide de prévention des infections : Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (supplément), 24S8. De (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98pdf/cdr24s8f.pdf.

- Nettoyer et désinfecter immédiatement toute souillure visible de sang, liquide biologique ou sécrétion;
- Suivre les procédures habituelles (technique de nettoyage / désinfection et produit utilisé) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces.

2.5 SOINS À DOMICILE

Les soins à domicile comprennent les services de santé et de réadaptation prodigués au domicile par les CLSC ou autres fournisseurs de soins comme les médecins de cabinets privés. Outre les visites médicales et celles d'infirmières, ils comprennent les soins et services fournis par les auxiliaires familiales, préposés aux bénéficiaires, professionnels de la physiothérapie et de l'ergothérapie, ou autres professionnels de la santé. Il est essentiel d'établir une communication entre les fournisseurs de soins à domicile et les patients ainsi que les membres de leur famille pour assurer la protection adéquate de tous.

- Les services de maintien à domicile devraient communiquer avec les patients avant de les visiter afin de vérifier si une personne de leur foyer présente des symptômes d'allure grippale (triage des patients et de ses contacts domiciliaires avant la visite);
- Si une personne présentant des symptômes d'allure grippale (voir annexe 1 - outil d'évaluation du syndrome d'allure grippale) est présente au domicile, examiner la possibilité :
  - de remettre à plus tard la visite;
  - d'affecter au traitement de ces patients des personnes qui ont reçu le vaccin de la grippe pandémique H1N1 ou qui ont déjà été infectées par la grippe pandémique H1N1 et qui en sont guéris;
- Recommander aux patients symptomatiques de mettre en application les mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire à la maison et lors de déplacements pour une visite médicale si nécessaire, de restreindre leurs activités sociales et leurs déplacements à l'extérieur du domicile comme recommandé dans le Guide autosoins.

Port de l'équipement de protection personnelle (ÉPP) lors des soins aux patients

Les fournisseurs de soins à domicile qui entrent dans des foyers où une personne souffre d'un syndrome d'allure grippal doivent porter l'ÉPP requis (masque et gants). Ils doivent appliquer les pratiques de base et les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes, auxquelles s'ajoute le port de gants lors de tout contact étroit avec le patient ou son environnement immédiat. Des ajustements dans l'ÉPP sont apportés lorsqu'un risque accru de transmission par voie aérienne opportuniste est suspecté lors de la réalisation de procédures à risque de générer des aérosols infectieux. Veuillez vous référer à la section 2.3.3, à la page 10, pour des détails à ce sujet. S'assurer d'apporter les équipements de protection personnelle requis lors des soins à domicile.

2.6 SANTÉ AU TRAVAIL

Les recommandations qui suivent tiennent compte du risque pour le personnel des milieux de soins d'acquérir la grippe pandémique H1N1 par une exposition au travail ou dans la collectivité. Elles visent à assurer le maintien des services dans un environnement sécuritaire tant pour les patients que pour le personnel.

Le personnel des milieux de soins devrait :

- Se faire vacciner pour sa protection personnelle et pour la protection de la clientèle;
- Appliquer les mesures de prévention et de contrôle préconisées;
- Surveiller étroitement l'apparition de symptômes de grippe et aviser le supérieur immédiat et le service de santé lorsque des symptômes apparaissent.

Les milieux de soins sont tenus de :

- Encourager la vaccination des travailleurs;
- Mettre en place des mécanismes d'information à l'intention du personnel sur :
  - les mesures de prévention et de contrôle à appliquer;
  - les facteurs de risque de complications de la grippe A (H1N1) 2009;
  - les bénéfices d'un traitement antiviral précoce pour les travailleurs qui présentent des facteurs de risque de complications;
- S'assurer de la disponibilité des équipements de protection personnelle et des produits requis pour l'hygiène des mains en tout temps dans tous les secteurs de soins;
- Veiller à ce que l'utilisation des APR N-95, lorsque requis, se fasse dans le cadre d'un programme de protection respiratoire;
- Mettre en place des mécanismes de surveillance de l'infection chez les travailleurs, notamment pour :
  - repérer la survenue d'éclosions chez les travailleurs;
  - retirer du travail les membres du personnel présentant des symptômes grippaux dès leur entrée au travail;
- Le travailleur de la santé non vacciné qui a eu un contact étroit documenté avec un cas de grippe pandémique H1N1 pendant sa période de contagiosité, sans protection appropriée, doit porter un masque jusqu'à 4 jours suivant le dernier contact avec la personne infectée. Un contact étroit documenté se définit comme suit :
  - habiter sous le même toit qu'une personne atteinte de grippe A (H1N1) 2009 pendant sa période de contagiosité (contact domiciliaire);

  OU
  - avoir une exposition, lors d'un bris de procédure documenté, à l'intérieur de 2 mètres d'un patient infecté, qui peut résulter en un contact direct des muqueuses naso-pharyngées ou conjonctivales avec les sécrétions respiratoires du patient :
    - lors des procédures générant des aérosols suivantes : bronchoscopie, intubation, réanimation cardio-respiratoire et aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert;

  - lors d'un contact face à face à l'intérieur de 2 mètres, de façon prolongée et/ou répétée (période minimale de 30 minutes cumulatives)[6];
- Assurer l'administration précoce d'un traitement antiviral, soit moins de 48 heures après l'apparition des symptômes aux travailleurs qui présentent des facteurs de risque de complications;
- Un membre du personnel atteint de grippe A (H1N1) 2009 devrait être retiré du travail pendant la période de contagiosité. Celle-ci est généralement établie à 7 jours, mais peut être prolongée, s'il est immunosupprimé;
- Dans le cadre de la pandémie, un travailleur peut être autorisé à retourner au travail 24 heures suivant l'arrêt des symptômes systémiques (exemples : fièvre, céphalée, myalgies), si sa condition clinique le permet, qu'il soit traité ou non avec un antiviral. Cette mesure devrait s'appliquer exclusivement si la situation locale laisse présager un bris de service. Les conditions suivantes doivent alors être respectées :
  - si possible, réaffecter aux soins des patients atteints par la grippe pandémique H1N1 ou devenus immuns suite à une infection confirmée ou réaffecter à des tâches hors des secteurs cliniques et alimentaires;
  - porter un masque minimalement jusqu'à 7 jours suivant le début des symptômes ou jusqu'à résolution des symptômes selon la plus longue de ces éventualités;
  - procéder à l'hygiène des mains et demeurer à une distance de 2 mètres ou plus des collègues de travail ou autres personnes lorsqu'il ne peut pas porter de masque (ex. : lors des repas);
  - si possible, restreindre sa circulation dans les secteurs cliniques;
- Allouer des ressources suffisantes pour gérer l'absentéisme et le retour au travail des membres du personnel symptomatique, leur évaluation médicale et l'administration précoce d'un traitement antiviral, si indiqué.

Pour plus de détails sur l'utilisation des antiviraux auprès des travailleurs, veuillez vous référer au document suivant : *Prophylaxie antivirale en situation de pandémie de grippe H1N1 dans les milieux de soins du Québec* (CINQ, 2009).

[6] Cette période de temps est établie sur la base de l'expérience clinique. Elle peut être plus longue si le tableau clinique est peu marqué, et plus courte en présence d'un patient gravement atteint, lorsque le tableau clinique est à son paroxysme et que le patient ne peut contenir ses sécrétions.

BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada, (5 octobre 2009). Infection prevention and control measures for occupational health management for all healthcare settings; human cases of pandemic (H1N1) 2009 Flu virus. Ottawa. Document non-publié, 6 p.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC), (28 juillet 2009). Lignes directrices : Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans les établissements de soins actifs. Document disponible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/ h1n1/hp-ps/ig_acf-ld_esa-fra.php.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC), (16 juillet 2009). Lignes directrices concernant les soins ambulatoires permettant de traiter le syndrome grippal dans le contexte du virus pandémique H1N1. Document disponible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/guidance-orientation-amb-07-16-fra.php.

Bartlett JG., (2009). H1N1 Influenza - Just the facts: What's New and What to Expect (Clinical Features and Epidemiology). Medscape Infectious Diseases. Document disponible à l'adresse : http://www.medscape.com/viewarticle/709540.

Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, Stott DJ., (8 janvier 2000). Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. Lancet., 355(9198), 93-7.

Centers for disease control and prevention (CDC), (14 octobre 2009). Interim Guidance on Infection Control Measures for (2009) H1N1 Influenza in Healthcare Settings, Including Protection of Healthcare Personnel. Document disponible à l'adresse : http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidelines_infection_control.htm.

Centers for disease control and prevention CDC, (14 octobre 2009,). Q&A: CDC's Interim Guidance on Infection Control Measures for (2009) H1N1 Influenza in Healthcare Settings, Including Protection of Healthcare. Document disponible à l'adresse : http://www.cdc.gov/H1N1flu/guidance/control_measures_qa.htm.

Centers for disease control and prevention CDC, (5 juin 2009).MMWR Update: Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection - Mexico, March-May, 58(21)b, 585-589.

Centers for disease control and prevention (CDC). (2007). Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings, 219 p. Document disponible à l'adresse : http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/index.html.

Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), (2009). Avis du Comité sur l'immunisation du Québec sur la vaccination contre le virus pandémique influenza A (H1N1) 2009. Institut national de santé publique du Québec, 4 p. Document disponible à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), (29 octobre 2009). Prophylaxie antivirale en situation de pandémie d'influenza H1N1 dans les milieux de soins du Québec. Institut national de santé publique du Québec, 8 p. Document disponible à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1010_ProphyGrippeMilieuxSoins.pdf.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), (26 janvier 2004). Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins. Institut national de santé publique du Québec. Document disponible à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/documents/InfectionsNosocomiales/StrategieGlobalePrevention2004_(CINQ).pdf.

Douville-Fradet M, Hamel D, Fortin E., (2009). Bilan de la première vague de circulation de la grippe A(H1N1) au Québec. Institut national de santé publique du Québec, 33 p. Document disponible à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/971_BilanPremVagueAH1N1_Final.pdf.

Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J, et collab., (8 octobre 2009) Hospitalized Patients with 2009 H1N1 Influenza in the United States, April-June 2009. N Engl J Med; 361. Document disponible à l'adresse : http://www.nejm.org.

Kumar A, Zarychanski R, Pinto R, Cook DJ, Marshall J, Lacroix J, et collab., (2009) Critically Ill Patients With 2009 Influenza A(H1N1) Infection in Canada. Jama; 302(7): E1-E8.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), (25 juin 2009). Infection prevention and control in health care for confirmed or suspected cases of pandémic (H1N1) 2009 and influenza-like illness. 5 p. Document disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/disease/swineflu/guidance/healthcare_management/en/index.html.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), (16 octobre 2009).Clinical features of severe cases of pandemic influenza Pandémic (H1N1) 2009 briefing note 13, 2 p. Document disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_clinical_features_20091016/en/index.html.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), (2009). Tableau clinique des cas graves de grippe pandémique. Grippe Pandémique H1N1 (2009), Actualités en bref, n° 13. Document disponible à l'adresse : http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_clinical_features_20091016/fr/index.html

Santé Canada (maintenant Agence canadienne de santé publique), (juillet 1999). Guide de prévention des infections : Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (supplément), 25S4, 1-157. Document disponible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99vol25/25s4/index_f.html.

Santé Canada (maintenant Agence canadienne de santé publique), (décembre, 1998). Guide de prévention des infections : Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé. Relevé des maladies transmissibles au Canada (supplément), 24S8. Document disponible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/cdr24s8f.pdf.

Society for healthcare and epidemiology of America, (10 juin 2009). Position Statement: Interim Guidance on Infection Control Precautions for Novel Swine-Origin Influenza A(H1N1) in Healthcare Facilities. Document disponible à l'adresse : http://www.shea-online.org/Assets/files/policy/061209_H1N1_Statement.pdf.

Stevenson CG, McArthur MA, Naus M, Abraham E, McGeer AJ., (15 mai 2001). Prevention of influenza and pneumococcal pneumonia in Canadian long-term care facilities: how are we doing? CMAJ.; 164(10),1413-9.

The ANZIC Influenza Investigators, (2009). Critical Care Services and 2009 H1N1 Influenza in Australia and New Zealand. N Engl J Med; 361: 1-10.

ANNEXE 1

OUTIL DE DÉPISTAGE DU SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG) POUR L'APPLICATION DES MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

OUTIL DE DÉPISTAGE DU SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG) POUR L'APPLICATION DES MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Un outil de dépistage du SAG doit être utilisé pour le triage des patients et du personnel afin de statuer rapidement sur les mesures de prévention et contrôle requises. Il permet de reconnaître l'apparition des symptômes chez le personnel et les patients, et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la santé et la sécurité du personnel. Cette définition de cas de SAG est plus large que la définition de cas clinique utilisée pour l'investigation et le traitement des cas.

Cet outil n'est pas destiné à être utilisé comme outil de gestion clinique, mais comme outil d'intervention en prévention et contrôle des infections.

OUTIL DE DÉPISTAGE DU SAG

Cas suspect de SAG : tout patient qui présente un début soudain de maladie respiratoire avec les symptômes suivants :

1 - Fièvre (> 38 degrés C)* et toux

OU

2 - Fièvre (> 38 degrés C)* ou toux **avec** un ou plusieurs des symptômes suivants :

- ☐ mal de gorge
- ☐ mal de tête
- ☐ douleurs musculaires ou articulaires
- ☐ fatigue extrême ou prostration

** Peut ne pas être présent chez les jeunes enfants et les personnes âgées.*

Outil adapté du document : Agence de la santé publique du Canada, (5 octobre 2009). Infection prevention and control measures for occupational health management for health care settings.

ANNEXE 2

LISTE DE VÉRIFICATION DES MESURES ORGANISATIONNELLES MISES EN PLACE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

LISTE DE VÉRIFICATION DES MESURES ORGANISATIONNELLES MISES EN PLACE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

1 - Accès au milieu de soins

- ☐ Mettre un système de contrôle des accès à toutes les entrées de l'établissement incluant des affiches et la signalisation appropriée, ainsi que du personnel attitré à cette tâche :
  - ☐ Entrée de l'urgence et des cliniques externes (prétriage) :
    - o Entrée réservée aux patients et accompagnateurs;
    - o Limiter l'accès aux accompagnateurs symptomatiques : aucune visite permise, à l'exception d'accompagnement pour raisons humanitaires. Dans ces cas, l'accompagnateur doit procéder à l'hygiène des mains et porter un masque;
    - o Diriger les patients dans le secteur approprié;
    - o Faire respecter l'hygiène et l'étiquette respiratoire.
  - ☐ Entrée générale :
    - o Entrée réservée principalement aux visiteurs; peut être utilisée pour les patients et accompagnateurs;
    - o Limiter l'accès aux visiteurs et accompagnateurs symptomatiques : seules les visites pour raisons humanitaires sont autorisées. Dans ces cas, l'accompagnateur doit procéder à l'hygiène des mains et porter un masque;
    - o S'assurer de limiter les déplacements dans le milieu selon les recommandations;
    - o Diriger les personnes vers le lieu approprié;
    - o Faire respecter l'hygiène et l'étiquette respiratoire.
  - ☐ Entrée réservée aux personnes qui viennent consulter pour un tableau clinique de SAG lorsque la situation épidémiologique locale le requiert : (lieu de triage distinct de celui de l'urgence) :
    - o Diriger les personnes vers les ressources appropriées tel que recommandé;
    - o Faire respecter l'hygiène et l'étiquette respiratoire.
  - ☐ Entrée du personnel :
    - o Vérifier les symptômes de grippe;
    - o Diriger le personnel avec SAG vers les ressources appropriées.

2 - Installations physiques et équipements – secteurs ambulatoires incluant l'urgence et unités de soins

- ☐ Désigner des salles d'attentes distinctes ou installer des sections distinctes dans les salles d'attentes ou pour les patients présentant un SAG;
- ☐ Installer des affiches pour promouvoir l'hygiène et l'étiquette respiratoire dans les entrées du milieu de soins, les zones communes et les entrées des unités de soins;
- ☐ Rendre disponible en tout temps le matériel pour hygiène des mains et l'étiquette respiratoire;
- ☐ S'assurer que les installations permettent qu'une distance de 2 mètres ou plus soit maintenue entre les personnes avec SAG et les personnes non infectées. Lorsque cela est impossible, installer des barrières physiques (exemple : mur de plexiglas, rideau entre les civières, etc.);
- ☐ Ouvrir des secteurs ou unités de cohorte pour les cas de SAG, ou sur une même unité, regrouper les patients en cohorte :
  - o Grippe pandémique H1N1 soupçonnée;
  - o Grippe pandémique H1N1 confirmée;
  - o Non exposés ou immuns.

  Si les capacités du milieu ne permettent pas de faire trois cohortes distinctes, les cas de grippe pandémique H1N1 soupçonnés et les cas confirmés peuvent être regroupés.
- ☐ S'assurer que les installations permettent de maintenir une distance de 2 mètres ou plus entre les patients dans la même cohorte de cas non confirmés ou garder les rideaux fermés;
- ☐ Limiter les transferts internes;

3 - Autres mesures

- ☐ Rehausser la surveillance d'apparition du SAG chez les patients hospitalisés;
- ☐ Former le personnel pour qu'il puisse reconnaître les cas présentant un SAG (voir annexe 1 - Outil de dépistage du SAG à des fins d'intervention PCI) et savoir quel est leur rôle dans la prise en charge de ces cas;
- ☐ Veiller à la mise en application rapide des mesures de prévention recommandées;
- ☐ Mettre en place un triage téléphonique des patients qui doivent se présenter à un rendez-vous en clinique externe ou qui doivent recevoir une visite à domicile. La visite d'un patient avec SAG devrait être reportée si elle est non urgente.

4 - Gestion du personnel

- ☐ Encourager le personnel à se faire vacciner;
- ☐ Assigner du personnel dédié à chaque cohorte;
- ☐ Veiller à ce que seul le personnel requis pour les soins et services aient accès aux cohortes et aux cas présentant un SAG. Informer tout le personnel de cette mesure;
- ☐ Veiller à ce que l'utilisation des APR N-95 se fasse dans la cadre d'un programme de protection respiratoire comprenant notamment des tests d'ajustements et une formation sur l'utilisation de ces équipements;
- ☐ Mettre en place un système de surveillance des symptômes de SAG chez le personnel, de prise en charge et de suivi du personnel présentant des symptômes de SAG pour gérer l'absentéisme et le retour au travail liés au SAG, veiller à ce qu'une évaluation médicale soit faite et l'administration précoce d'antiviraux soit prescrite si indiquée, et repérer la survenue d'une éclosion chez le personnel;
- ☐ Informer le personnel sur la façon de faire une auto-évaluation des SAG (voir annexe 1 - Outil de dépistage du SAG) et sur la procédure à suivre s'il présente un SAG;
- ☐ Informer régulièrement le personnel de la situation locale et des ajustements aux mesures à appliquer, s'il y a lieu.

ANNEXE 3

EXEMPLES DE MODÈLES D'ORGANISATION DES SOINS EN CENTRE HOSPITALIER

EXEMPLES DE MODÈLES D'ORGANISATION DES SOINS EN CENTRE HOSPITALIER[7]

1. Accès au centre hospitalier et à l'accueil, de même qu'au prétriage

- Dans un centre hospitalier, en période de pandémie, on doit limiter le nombre d'entrées qui donnent accès au centre hospitalier, à une, à deux ou à trois entrées. Le modèle présenté donne l'exemple d'un fonctionnement avec trois entrées. Il doit être adapté lorsque l'hôpital concentre l'accès à une ou à deux entrées;
- Ces trois entrées sont : l'entrée de l'urgence, l'entrée générale ou principale du centre hospitalier et l'entrée des employés;
- On maintient l'entrée de l'urgence pour recevoir les ambulances, les patients référés par les sites non traditionnels (SNT) de soins, les CLSC, les cliniques médicales, les GMF, les cliniques-réseau et les malades ambulants qui continuent vraisemblablement de se présenter à l'urgence, malgré les informations privilégiant une autre entrée;
- L'entrée générale, communément appelée « guichet unique », est désignée pour recevoir les malades sur pied, les usagers des différents services et les visiteurs;
- L'entrée des employés est réservée à toutes les ressources humaines, y compris les médecins, les bénévoles et les ressources humaines alternatives;
- Chacune de ces entrées forme l'accueil et dispose de lieux de prétriage. Le prétriage permet de départager les personnes (usagers, personnel, visiteurs) présentant un SAG et les personnes sans SAG, et de faire respecter les mesures de protection (ex. : port du masque) :
  - à l'entrée des employés, les personnes sans SAG ont accès à leur poste de travail alors que les personnes présentant un SAG sont dirigées vers le module triage de l'urgence. L'établissement prévoit une unité de triage déterminée et une trajectoire différente de soins pour ses employés ou il les inclut dans la trajectoire de soins des patients présentant un SAG, selon les ressources du milieu et le nombre d'employés;
  - à l'entrée de l'urgence, les personnes sont dirigées vers le triage, et ce qu'elles consultent ou non pour un problème de SAG. Une salle distincte (de même qu'une salle d'attente) est destinée à la clientèle SAG;
  - à l'entrée générale, le guichet unique, les visiteurs et les autres patients accueillis, prétriés et sans SAG sont orientés vers leur lieu de destination, selon les restrictions en vigueur (ex. : limitation des visiteurs, fermeture de certains secteurs externes).

[7] Extrait de : MSSS, 2008. Première ligne médicale et trajectoire de soins. Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza réservé exclusivement aux personnes du réseau de la santé du Québec. Module PHY L01AB - version 2.3.3. Accédé le 20 octobre 2009.

- L'évaluation brève, réalisée à l'entrée du guichet unique, permet d'identifier les patients et leur état de santé. Selon les résultats de cette évaluation brève :
  - les personnes considérées comme « stables », ne présentant pas de SAG, mais qui consultent pour un autre problème de santé, sont dirigées vers la ressource appropriée, soit un CLSC, un GMF, une clinique médicale ou une clinique-réseau;
  - les personnes considérées comme « stables » et présentant un SAG sont dirigées vers le module triage du SNT de soins ambulatoires et, éventuellement, vers le module enseignement et antiviraux;
  - les personnes instables, présentant ou non un SAG, qui nécessitent une prise en charge immédiate, et celles dont le triage est considéré comme prioritaire, sont dirigées vers le triage de l'urgence.

2. Orientation des patients à partir du triage

- Le personnel assigné au triage accueille les personnes jugées instables, présentant ou non un SAG, qui nécessitent une « évaluation médicale ». Plusieurs trajectoires de soins sont possibles à partir de cette évaluation complète;
- Les personnes stables sans SAG sont dirigées, si leur état le justifie, vers la ressource appropriée, soit un CLSC, un GMF, une clinique médicale ou une clinique-réseau. Lorsque son état le permet, le patient doit éviter de consulter durant la période de pointe appréhendée de la pandémie (semaines 5, 6 et 7);
- Les personnes stables présentant un SAG sont dirigées vers le module triage du SNT de soins ambulatoires et, éventuellement, vers le module enseignement et antiviraux;
- Les personnes malades, dont l'état le requiert, sont dirigées vers le personnel de l'urgence pour une prise en charge médicale.

3. Prise en charge médicale

- La prise en charge médicale à l'urgence a lieu dans des secteurs différents et réservés aux personnes présentant ou non un SAG;
- Après la prise en charge, on oriente les personnes vers :
  - le SNT soins et admission, si cela répond aux critères;
  - l'admission dans un CH, une unité de soins ou de soins intensifs;
  - le domicile avec ou sans suivi.

ANNEXE 4

TABLEAU SYNTHÈSE DES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE LORS D'UNE VAGUE DE GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1 (PHASE 6)

Tableau synthèse des mesures de prévention et de contrôle lors d'une vague de grippe pandémique H1N1 (phase 6)[8]

CENTRE HOSPITALIER DE SOINS AIGUS - URGENCE							
Activité de soins ou intervention réalisée	**Objectif visé**	**Installation physique**	**Équipements de protection individuelle**			**Matériel et équipement médical**	**Nettoyage/Désinfection de l'environnement**
			Masque/ protection respiratoire	**Gants**	**Blouse à manches longues/ Protection oculaire**		
Prétriage (détection active par un membre du personnel)	Identifier rapidement les patients avec fièvre et toux; Faire appliquer hygiène des mains et étiquette respiratoire; Diriger le patient dans la section réservée à la salle d'attente.	Barrière physique, si possible (ex. : plexiglas)	Personnel attitré à cette tâche, en l'absence de barrière physique			Non applicable	Selon les procédures habituelles
			Masque chirurgical ou de procédure	Non requis (procéder à l'hygiène des mains si contact direct avec la personne)	Non requise		
Triage	Évaluation rapide des patients; Renforcement de l'hygiène et l'étiquette respiratoire; Orienter le patient vers le secteur approprié.	Pièce séparée	Masque chirurgical ou de procédure	Gants	Selon les pratiques de base	Nettoyage et désinfection de l'équipement de soins partagé selon les procédures habituelles	Nettoyage et désinfection des surfaces potentiellement contaminées par des sécrétions respiratoires *(Utiliser les produits habituels)*

[8] Recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 5 novembre 2009. Les mesures recommandées seront mises à jour, si nécessaire, selon l'évolution des caractéristiques de transmission de la souche en circulation.

Tableau synthèse des mesures de prévention et de contrôle lors d'une vague de grippe pandémique H1N1 (phase 6)[9]

CENTRE HOSPITALIER DE SOINS AIGUS - URGENCE/OBSERVATION							
Activité de soins ou intervention réalisée	**Installation physique/ hébergement**	**Équipements de protection individuelle**			**Matériel et équipement médical**	**Vaisselle/ buanderie/ béchets**	**Nettoyage/désinfection de l'environnement**
		Masque/ protection respiratoire	**Gants**	**Blouse à manches longues/ protection oculaire**			
Évaluation médicale sans procédures générant des aérosols	Pièce séparée ou sur civière avec rideaux fermés	Masque chirurgical ou de procédure	Gants	Selon les pratiques de base	Nettoyage et désinfection de l'équipement de soins partagé selon les procédures habituelles	Ne s'applique pas	Nettoyage/désinfection des surfaces selon les procédures habituelles et immédiatement si surfaces visiblement souillées
Réalisation de procédures générant des aérosols*	Pièce fermée avec porte fermée	APR N-95	Gants	Blouse Protection oculaire	Nettoyage et désinfection de l'équipement de soins partagé selon les procédures habituelles	Selon les procédures habituelles	Nettoyage/désinfection des surfaces potentiellement contaminées par des sécrétions respiratoires, immédiatement après la procédure
Toute activité de soins	Pièce séparée ou sur civière avec rideaux fermés	Masque chirurgical ou de procédure	Gants	Selon les pratiques de base	Matériel et équipement médical réservé ou nettoyé et désinfecté avant l'utilisation auprès d'un autre patient	Selon les procédures habituelles	Nettoyage/désinfection des surfaces selon les procédures habituelles et immédiatement si surfaces visiblement souillées *Observation : Suivre les procédures habituelles lors du départ du patient*

* Procédures générant des aérosols : intubation et extubation, bronchoscopie, réanimation cardiorespiratoire, aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert réalisation d'autopsie.

[9] Recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 5 novembre 2009. Les mesures recommandées seront mises à jour, si nécessaire, selon l'évolution des caractéristiques de transmission de la souche en circulation.

ANNEXE 5

TABLEAU SYNTHÈSE DES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE LORS D'UNE VAGUE DE GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1 (PHASE 6)

Tableau synthèse des mesures de prévention et de contrôle lors d'une vague de grippe pandémique H1N1 (phase 6)[10]

SOINS AMBULATOIRES (Ex. : cliniques médicales, cliniques externes des CH, CLSC, CHSLD, centres de réadaptation)							
Activité de soins ou intervention réalisée	**Installation physique/ hébergement**	**Équipements de protection individuelle**			**Matériel et équipement médical**	**Buanderie Déchets**	**Nettoyage/ désinfection de l'environnement**
		Masque/ protection respiratoire	**Gants**	**Blouse à manches longues Protection oculaire**			
Prétriage Accueil/ inscription (détection active par un membre du personnel)	Barrière physique si possible (ex. : plexiglas)	En l'absence de barrière physique			Non applicable	Selon les procédures habituelles	Selon les procédures habituelles
		Masque chirurgical ou de procédure	Non requis (hygiène des mains après contact direct avec la personne)	Non requise			
Triage **Évaluation médicale** **Toute autre activité de soins**	Pièce séparée ou sur civière avec rideaux fermés	Masque chirurgical ou de procédure	Gants	Selon les pratiques de base	Réservé ou nettoyé et désinfecté immédiatement après utilisation	Selon les procédures habituelles	Nettoyage/désinfection des surfaces selon les procédures habituelles et immédiatement si surfaces visiblement souillées
Réalisation de procédures générant des aérosols*	Pièce fermée avec porte fermée	APR N-95	Gants	Blouse Protection oculaire	Nettoyage et désinfection de l'équipement de soins partagé selon les procédures habituelles	Selon les procédures habituelles	Nettoyage/désinfection des surfaces potentiellement contaminées par des sécrétions respiratoires, immédiatement après la procédure
Visite à domicile (soins à une personne avec SAG)	Ne s'applique pas	Masque chirurgical ou de procédure	Gants	Selon les pratiques de base	Réservé ou nettoyé et désinfecté immédiatement après utilisation	Selon les procédures habituelles	Ne s'applique pas

* Procédures générant des aérosols : intubation, bronchoscopie, réanimation cardiorespiratoire, aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert.

[10] Recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 5 novembre 2009. Les mesures recommandées seront mises à jour, si nécessaire, selon l'évolution des caractéristiques de transmission de la souche en circulation.

ANNEXE 6

MESURES DE PRÉVENTION RECOMMANDÉES EN MILIEUX DE SOINS AIGUS - OBSERVATION DE L'URGENCE ET HOSPITALISATION D'UN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1

MESURES DE PRÉVENTION RECOMMANDÉES EN MILIEUX DE SOINS AIGUS - OBSERVATION DE L'URGENCE ET HOSPITALISATION D'UN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1[11]

	Cas présentant un syndrome d'allure grippale, cas suspects ou confirmés de grippe pandémique H1N1
Hébergement	• Chambre privée ou distance de 2 mètres entre les patients ou garder rideau séparateur fermé. • Il est possible de regrouper dans une même chambre les patients infectés avec une même souche d'influenza A. • Une affiche explicative placée à la porte de la chambre indique les mesures à prendre.
Hygiène des mains	Lavage des mains avec savon antiseptique ou utilisation de rince-mains à base d'alcool selon les pratiques de base, et avant et après le retrait des gants.
Équipement de protection personnelle (facilement accessible en tout temps)	À revêtir avant l'entrée et retirer avant de sortir de la chambre **(sauf pour l'APR N-95 : retirer après être sorti de la chambre ou de la salle où s'est réalisée la procédure)** • Masque chirurgical ou de procédure. • Gants non stériles à usage unique bien ajustés et devant recouvrir les poignets. • Blouse à manches longues seulement si risques de souillures ou d'éclaboussures de sécrétions respiratoires ou autres liquides biologiques (pratiques de base). • Protection oculaire seulement si risques de souillures ou d'éclaboussures de sécrétions respiratoires ou autres liquides biologiques (pratiques de base). **Lors de procédures générant des aérosols** (bronchoscopie; intubation et extubation; réanimation cardio-respiratoire; aspirations de sécrétions respiratoires en circuit ouvert; autopsie) • APR N-95 • Protection oculaire • Blouse • Gants
Port de l'équipement de protection personnelle	• Pour toutes les personnes qui entrent dans la chambre.
Matériel de soins et équipement médical	• Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre. • Matériel de soins et équipement médical réservés à l'usage exclusif du patient. • Tout le matériel et l'équipement médical doivent être nettoyés et désinfectés après utilisation, avant d'être utilisés pour un autre patient.

[11] Recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 5 novembre 2009. Les mesures recommandées seront mises à jour, si nécessaire, selon l'évolution des caractéristiques de transmission de la souche en circulation.

	Cas présentant un syndrome d'allure grippale, cas suspects ou confirmés de grippe pandémique H1N1
Hygiène et salubrité	• Nettoyage et désinfection de l'environnement au moins une fois par jour avec un détergent et désinfectant approuvé pour usage hospitalier. Porter une attention particulière aux surfaces fréquemment touchées (*high touch*), ou visiblement souillées. • Nettoyage et désinfection selon les procédures habituelles après le transfert ou le congé du patient ou lors de la cessation des précautions additionnelles.
Déplacements du patient à l'extérieur de la chambre	• Limiter les déplacements du patient à l'extérieur de la chambre à l'essentiel. • Aviser à l'avance le service visé de la condition du patient afin qu'ils appliquent les mesures recommandées et éviter que le patient attende dans une pièce en présence d'autres patients. • Le patient doit porter un masque chirurgical ou de procédure. Sinon couvrir le nez et la bouche avec un papier mouchoir afin de contenir les sécrétions des voies respiratoires. • Le patient doit procéder à l'hygiène des mains avant de quitter la chambre, après s'être mouché et après tout contact avec des sécrétions respiratoires.
Vaisselle et ustensiles	• Suivre les procédures habituelles.
Buanderie	• Suivre les procédures habituelles.
Déchets	• Suivre les procédures habituelles.
Visiteurs	• Limiter l'accès aux visiteurs symptomatiques aux visites requises pour raisons humanitaires. • Informer les visiteurs sur les mesures spécifiques recommandées. • Procéder à l'hygiène des mains en utilisant un rince-mains antiseptique en entrant et en sortant de la chambre et porter le masque chirurgical ou de procédure avant d'entrer dans la chambre.
Durée des précautions additionnelles	• Jusqu'à 7 jours après le début des symptômes ou jusqu'à la disparition des symptômes systémiques (à l'exception de la toux), selon la plus longue de ces échéances.
Manipulation des dépouilles	• Porter l'équipement de protection personnelle jusqu'à ce que la dépouille soit recouverte d'un drap ou disposée dans un linceul.
Travailleurs affectés aux soins et au soutien de ces patients	• Limiter au minimum le nombre de travailleurs qui entrent dans la chambre du patient.

N° de publication : 1018

EXPERTISE
CONSEIL

INFORMATION

FORMATION

www.**inspq**.qc.ca

RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION

COLLABORATION
INTERNATIONALE

LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique
Québec