



Maladie à virus Ebola : mesures de prévention et de contrôle pour les hôpitaux

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

Mise à jour – Septembre 2014

Sommaire

| | |
|--|----|
| Caractéristiques épidémiologiques de la maladie à virus Ebola | 2 |
| Identification des patients suspects | 3 |
| Mesures de prévention et de contrôle pour les patients suspects ou confirmés | 5 |
| Catégories de risque et prise en charge des contacts d'un patient confirmé | 10 |

Une épidémie de maladie à virus Ebola¹ sévit en Afrique de l'Ouest depuis mars 2014. Il s'agit de la plus importante épidémie connue à ce jour. Bien que faible, le risque d'importation de la maladie à virus Ebola ne peut pas être exclu. La maladie à virus Ebola se caractérise par une létalité de 50 à 90 %.

Cette fiche présente les recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) sur les mesures de prévention et de contrôle de la maladie à virus Ebola pour les hôpitaux du Québec. Nonobstant la transmission de la maladie par contact et gouttelettes, le CINQ propose des mesures plus importantes pour prendre en compte une possible transmission aérienne, une contamination importante de l'environnement par le sang, les liquides organiques, les sécrétions ou les excréments ainsi qu'une létalité élevée de la maladie à virus Ebola.

Les hôpitaux doivent mettre en place les mesures nécessaires afin d'empêcher toute transmission de la maladie à virus Ebola. La quantité de matériel à se procurer pourra différer selon qu'un hôpital soit désigné ou non pour la prise en charge d'un patient confirmé de maladie à virus Ebola².

Enfin, il est important de rappeler aux cliniciens et équipes de prévention et de contrôle des établissements de santé du Québec que d'autres maladies infectieuses peuvent se déclarer au retour d'un voyage qui peuvent exiger des mesures de prévention et de contrôle et des investigations complémentaires.

Les lecteurs qui souhaiteraient avoir des informations sur la situation épidémiologique mondiale sur la maladie à virus Ebola peuvent consulter le site suivant : <http://www.who.int/csr/don/fr/>.

¹ Autrefois appelée « fièvre hémorragique à virus Ebola ».

² Les hôpitaux non désignés devraient prévoir une réserve suffisante de matériel pour dispenser des soins pendant 24 heures à un patient suspect. Une entente avec un autre hôpital pourrait être prise pour un approvisionnement rapide si cette période devait se prolonger.

Caractéristiques épidémiologiques de la maladie à virus Ebola

| | |
|-----------------------------------|--|
| Caractéristiques cliniques | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Premiers symptômes soudains et compatibles avec un syndrome pseudo-grippal : fièvre, frissons, fatigue, myalgies, arthralgies, malaises, céphalées, toux et parfois, mal de gorge (moyenne 8-10 jours postexposition). ▪ Apparition fréquente d'autres signes ou symptômes environ 5 jours après les premiers symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ éruptions cutanées érythémateuses maculo-papulaires au niveau du visage, cou, tronc et bras; ▪ symptômes digestifs (ex. : nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales); ▪ symptômes respiratoires (ex. : toux, douleurs thoraciques); ▪ symptômes neurologiques (ex. : prostration, confusion). ▪ Manifestations hémorragiques tardives chez le tiers des patients : pétéchies, ecchymoses, suintement au niveau des sites de ponction veineuse, hémorragies au niveau des muqueuses (hématémèses, méléna, gingivorragies, épistaxis, hémoptysies). ▪ Létalité de 50 à 90 %. |
| Traitement | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De soutien. ▪ Vaccin expérimental : combinaison de trois anticorps monoclonaux qui se lient à la protéine du virus. |
| Caractéristiques du virus | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De la famille des Filoviridæ, virus ARN recouvert d'une membrane lipidique. ▪ Dose infectieuse faible : 10 particules virales peuvent causer une infection. ▪ Immunodépression à la suite de l'infection. Atteinte du système de coagulation. ▪ Durée de survie dans l'environnement : plusieurs jours (dans un liquide ou une matière sèche) avec infectiosité demeurant stable à des températures variant entre 20-25 °C et 4 °C. ▪ Sensible à l'hypochlorite de sodium, aux solvants lipidiques, aux désinfectants phénoliques, à l'acide peracétique, au méthanol, à l'éther, au désoxycholate de sodium, au glutaraldéhyde à 2 %, au Triton X-100 à 0,25 %, à la β-propiolactone, à l'acide acétique à 3 % (pH 2,5), au formaldéhyde et paraformaldéhyde et aux détergents. |
| Période d'incubation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De 2 à 21 jours avec une moyenne de 4 à 10 jours. |
| Modes de transmission | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contact direct (peau lésée ou muqueuses) avec le sang, les liquides organiques, les sécrétions ou les excréments (ex. : selles, vomissements, urine, sueur, salive, sperme, lait maternel, larmes, etc.) d'une personne infectée (vivante ou décédée). ▪ Contact indirect via les objets, surfaces, vêtements ou literie contaminés par le sang, les liquides organiques, les sécrétions ou les excréments d'une personne infectée (vivante ou décédée). ▪ Possiblement par voie aérienne opportuniste, en cas d'atteinte pulmonaire et lors de la réalisation de procédures générant des aérosols. ▪ Transmission rapportée chez des membres de la famille, amis de patients qui ont pris soin des personnes malades ou des dépouilles et chez des membres du personnel ne portant pas l'équipement approprié de protection personnelle. |
| Période de contagiosité | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dès l'apparition des symptômes. Absence de contagiosité pendant la période d'incubation lorsque le patient est asymptomatique. ▪ Augmentation de la contagiosité avec la progression de la maladie, particulièrement avec la survenue de manifestations hémorragiques. ▪ Contagiosité présente tant que le sang, les liquides organiques, les sécrétions ou les excréments contiennent du virus. L'excrétion du virus dans le sperme a été documentée jusqu'à près de 90 jours après le début de la maladie. |

| | |
|----------------------------|--|
| Tests diagnostiques | <ul style="list-style-type: none">▪ Éliminer les diagnostics les plus probables, en particulier la malaria (voir le <i>Guide pour la gestion des demandes d'analyse provenant de patients chez qui une fièvre virale hémorragique est suspectée</i> [LSPQ, 2014]).▪ Contacter le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour activer le plan d'intervention d'urgence nécessaire à l'envoi des spécimens au LSPQ de même qu'au Laboratoire national de microbiologie (LNM) pour confirmer ou infirmer le diagnostic de maladie à virus Ebola.▪ Épreuves disponibles :<ul style="list-style-type: none">▪ détection moléculaire par TAAN;▪ détection d'antigène du virus Ebola;▪ isolement du virus;▪ détection d'anticorps IgM et IgG (phase aiguë, phase convalescente) (LSPQ, 2014).▪ Les antigènes et les acides nucléiques du virus Ebola peuvent être détectés à partir du jour 3 jusqu'aux jours 7 à 16 après le début de la maladie.▪ Les anticorps IgM peuvent apparaître 2 jours après le début de la maladie et disparaître entre 30 et 168 jours après.▪ Les anticorps IgG se développent entre 6 et 18 jours après le début de la maladie et persistent pour plusieurs années. |
|----------------------------|--|

Identification d'un patient suspect

Il est essentiel d'identifier rapidement les patients suspects de la maladie à virus Ebola, afin d'appliquer sans délai les mesures de prévention et de contrôle requises et de protéger adéquatement les autres patients, les visiteurs et le personnel.

Au triage

Si le patient :

- présente une fièvre à début soudain;
ET
- provient d'une zone à risque pour la maladie à virus Ebola³ depuis moins de 21 jours.

Il est recommandé :

- d'isoler le patient dans une pièce à pression négative (ou une pièce fermée si non disponible);
- d'appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne (port d'une blouse à manches longues, de gants, d'un

appareil de protection respiratoire [APR] N-95⁴) avec une protection oculaire pour tout le personnel qui entre en contact avec le patient;

- de faire évaluer rapidement le patient par un médecin.

Considérant la courte période que requiert le triage, la faible quantité d'aérosols produits par un patient infecté au cours de cette activité et le fait qu'aucune procédure à risque de générer des aérosols n'est réalisée :

- le triage peut s'effectuer dans une pièce fermée sans pression négative;
- il n'est pas nécessaire d'attendre un délai pour permettre à l'air de la pièce d'être évacué, avant de recevoir un autre patient dans le local du triage;
- il est cependant nécessaire de désinfecter les surfaces avec lesquelles le patient est entré en contact.

À l'évaluation médicale à l'urgence

Évaluer le patient dans une pièce à pression négative (ou une pièce fermée si non disponible). Le médecin doit porter l'équipement de protection personnelle suivant : port d'une blouse à manches longues, de gants, d'un APR N-95 avec une protection oculaire.

³ La liste des zones à risque pour l'épidémie de maladie à virus Ebola est mise à jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur le site : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ebola/index.php>.

⁴ Aussi appelé masque N-95.

L'évaluation par le médecin doit permettre de recueillir l'information sur le tableau clinique, l'historique du voyage, la nature des expositions qui nous font suspecter un diagnostic de maladie à virus Ebola et répondre aux objectifs suivants :

- établir les mesures de prévention et de contrôle des infections à prendre afin d'empêcher toute transmission nosocomiale;
- entreprendre les investigations requises afin de confirmer ou infirmer le diagnostic d'une maladie à virus Ebola.

Chez tout voyageur fébrile en provenance d'une région où la malaria est endémique (ex. : Afrique subsaharienne), il faut considérer ce diagnostic jusqu'à preuve du contraire.

Pour qu'un patient soit considéré suspect d'une maladie à virus Ebola, il doit répondre aux critères cliniques et épidémiologiques suivants :

CRITÈRES CLINIQUES

- Fièvre soudaine depuis au moins 24 heures ($\geq 38,5$ °C) avec :
 - un syndrome pseudo-grippal (ex. : arthralgie, myalgie, fatigue, céphalées, toux);
- OU
- des symptômes compatibles avec une maladie à virus d'Ebola (ex. : manifestations cutanéomuqueuses, digestives, neurologiques ou hémorragiques);

ET

CRITÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Situation 1 :

Patient ayant une histoire de séjour dans une zone à risque⁵ dans les 21 jours précédant le début de la fièvre ET chez qui on ne peut exclure une exposition sans protection appropriée définie de la manière suivante :

Exposition à un patient infecté ou fortement suspect

- Contact direct avec une personne (vivante ou décédée) infectée ou fortement suspectée d'être infectée par le virus (ex. : avoir donné des soins, avoir partagé la même pièce ou vécu sous le même toit, avoir eu des relations sexuelles non protégées, avoir eu des contacts avec le cadavre lors des rites funéraires
- Contact indirect avec les objets, surfaces, vêtements ou literie contaminés d'une personne (vivante ou décédée) infectée ou fortement suspectée d'être infectée par le virus;

Exposition à des soins médicaux ou à des spécimens cliniques

- Admission, soins de santé ou visites dans un hôpital ou dispensaire ayant reçu des patients infectés par le virus;
- Manipulation en laboratoire de souches Ebola ou de spécimens cliniques (ex. : sang, urine, selles, tissus, cultures) pouvant contenir le virus Ebola;

⁵ La liste des zones à risque pour l'épidémie de maladie à virus Ebola est mise à jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur le site : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ebola/index.php>.

Exposition à un animal infecté ou fortement suspect d'être infecté par le virus Ebola

- Travail en laboratoire qui détient des chauves-souris, des primates non-humains provenant d'une zone à risque⁵ d'Ebola;
- Contact avec le sang ou d'autres liquides biologiques (ex. : urines, selles) d'un animal infecté ou fortement suspecté d'être infecté par le virus Ebola;
- Contact direct avec des chauves-souris, des primates non-humains dans une zone à risque⁵ ou provenant de cette zone;
- Exposition dans une grotte infestée de chauve-souris dans une région endémique pour Ebola;
- Manipulation (dépeçage, séchage, fumage) ou consommation de viande (crue ou peu cuite) issue de la chasse (surtout des primates non humains, des chauves-souris) dans une zone à risque⁵;

OU

Situation 2 :

- Patient n'ayant pas d'histoire de séjour dans une zone à risque

ET

- Chez qui on documente :
 - Contact étroit avec un patient confirmé de maladie à virus Ebola dans les 21 jours avant le début de la maladie;

OU

- Relations sexuelles avec un patient confirmé d'une maladie à virus Ebola dans les 13 semaines suivant le début de la maladie.

Pour les patients suspects de maladie à virus Ebola, il est recommandé :

- d'aviser immédiatement le médecin microbiologiste-infectiologue de garde;
- d'aviser immédiatement l'équipe locale de prévention et contrôle des infections;
- d'isoler le patient dans une chambre à pression négative ou si non disponible une chambre individuelle avec porte fermée en tout temps avec toilette à l'usage exclusif du patient;
- de maintenir l'application des précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne (port d'une blouse à manches longues, de gants, d'un APR N-95) avec une protection oculaire par le personnel qui entre en contact avec le patient ou son environnement tout au long du processus d'investigation;
- de procéder aux tests de laboratoire comme recommandé dans le document *Maladie à virus Ebola (MVE) : guide pratique pour les demandes d'analyse de laboratoire pour des patients chez qui une MVE est suspectée* (LSPQ, 2014);
- de signaler immédiatement le cas à la direction régionale de santé publique.

Mesures de prévention et de contrôle pour les patients suspects ou confirmés

| HÉBERGEMENT, ASSIGNATION DU PERSONNEL, VISITEURS | |
|--|--|
| Hébergement du patient | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isoler le patient dans une chambre à pression négative ou si non disponible dans une chambre individuelle avec porte fermée en tout temps avec toilette à l'usage exclusif du patient. ▪ Idéalement, disposer d'une antichambre pour l'entreposage des équipements propres et le revêtement de l'équipement de protection personnelle. ▪ Placer une affiche explicative à la porte de la chambre indiquant l'accès restreint et les mesures à prendre. <p>Pour les hôpitaux désignés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regrouper les patients confirmés sur une même unité de soins. |
| Assignment du personnel | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter au minimum le nombre de soignants. Aucun stagiaire ni bénévole. ▪ Maintenir un registre des personnes qui entrent dans la chambre. ▪ Former le personnel assigné sur l'épidémiologie de la maladie et sur les mesures de prévention et de contrôle. Notamment former le personnel sur le retrait de l'équipement de protection personnelle afin d'empêcher tout risque d'infection et de contamination. ▪ Prévoir l'aide nécessaire pour mettre et retirer l'équipement de protection personnelle de façon sécuritaire. |
| Déplacements du patient à l'extérieur de la chambre | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter les déplacements du patient à l'extérieur de la chambre. ▪ Aviser à l'avance le service des mesures à prendre. Éviter que le patient attende dans une pièce en présence d'autres personnes. ▪ Le patient doit procéder à l'hygiène des mains avec une solution hydro-alcoolique. ▪ Le patient doit porter un masque chirurgical ou de procédure et être couvert d'un drap propre ou porter une blouse à manches longues. ▪ Le brancardier doit porter un nouvel équipement de protection personnelle propre au déplacement du patient à l'extérieur de la chambre. ▪ Le brancardier doit emprunter un trajet lui permettant d'éviter les aires fréquentées par plusieurs personnes et doit utiliser un ascenseur dédié. |
| Visiteurs | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter le nombre de visiteurs. Ne laisser entrer que ceux qui sont indispensables à son bien-être et à ses soins. ▪ Maintenir un registre des personnes qui entrent dans la chambre. ▪ Informer les visiteurs des mesures à prendre. Les assister pour mettre et retirer l'équipement de protection personnelle de façon sécuritaire et pour procéder à l'hygiène des mains. |
| HYGIÈNE DES MAINS, ÉQUIPEMENT DE PROTECTION PERSONNELLE ET AUTRES PRÉCAUTIONS | |
| Hygiène des mains | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eau et savon ou utilisation de solution hydro-alcoolique. |
| Précautions additionnelles et durée | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contre la transmission par contact et par voie aérienne avec une protection oculaire. ▪ Durée : jusqu'à l'exclusion du diagnostic de maladie à virus Ebola ou si confirmé pour la durée de l'hospitalisation ou de la période de contagiosité, selon la plus longue des alternatives. |

| | |
|---|--|
| <p>Procédures générant des aérosols</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Les procédures suivantes doivent être réalisées dans une pièce à pression négative : <ul style="list-style-type: none"> ■ Intubation et extubation. ■ Bronchoscopie. ■ Aspirations des sécrétions des voies aériennes en circuit ouvert. ■ Induction d'expectoration. ■ Ventilation en pression positive via masque facial (BIPAP, CPAP). ■ Ventilation oscillatoire à haute fréquence. ■ Traitement de nébulisation. ■ Limiter les procédures générant des aérosols à celles qui sont absolument essentielles. ■ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce pour réaliser la procédure. ■ Désinfecter les surfaces qui peuvent avoir été contaminées par des gouttelettes ou autres liquides organiques du patient. |
| <p>Équipement de protection personnelle</p> | <p>Pour toutes les situations, utiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ APR N-95; ■ Protection oculaire à usage unique : lunettes protectrices ou écran facial; ■ Blouse imperméable à manches longues à usage unique; ■ Couvre-chaussures imperméables; ■ Gants en nitrile à poignets longs, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. Considérer le port d'une deuxième paire de gants selon le risque d'exposition associé à l'intervention (ex. : ponction veineuse, insertion d'un cathéter intraveineux par voie centrale). <p>L'équipement de protection personnelle doit être revêtu avant l'entrée et retiré avant la sortie de la chambre, sauf pour l'APR N-95 qui doit être retiré après la sortie de la chambre.</p> <p>Porter des chaussures fermées résistantes aux objets piquants ou tranchants.</p> <p>Pour les situations où le patient présente des pertes abondantes de sang ou de liquides organiques (ex. : vomissements, diarrhées, hémorragies), ajouter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Écran facial; ■ Tablier imperméable; ■ Bonnet; ■ Jambières et couvre-chaussures imperméables; ■ Double paire de gants (2^e paire à poignets longs qui recouvre une 1^{re} paire à poignets courts). ■ Ne pas porter ses vêtements personnels. Utiliser les uniformes fournis par l'établissement. Ces uniformes peuvent être lavés selon les procédures habituelles de l'établissement. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Combinaison de protection biologique imperméable^{6,7}. |
| <p>Matériel de soins et équipement médical</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Limiter le matériel de soins et l'équipement médical qui entrent dans la chambre. ■ Réserver à l'usage exclusif du patient, le matériel de soins et l'équipement médical (ex. : thermomètre, sphygmomanomètre, stéthoscope). ■ Le matériel de soin et l'équipement médical qui ne sont pas à usage unique doivent être nettoyés selon la procédure interne. |

⁶ Ou combinaison de protection biologique plus tablier imperméable si une combinaison de protection biologique imperméable n'est pas disponible.

⁷ Cet équipement n'est pas considéré comme offrant une protection supplémentaire, mais peut être envisagé pour faciliter les soins aux patients, dans un contexte nécessitant le port prolongé de l'équipement. Selon l'opinion d'experts, il peut exister un risque de contamination lors du retrait de l'équipement, particulièrement pour les personnes qui n'auraient pas reçu la formation nécessaire ou qui l'utiliseraient de façon très occasionnelle.

| | |
|---|--|
| <p>Objets piquants ou tranchants</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Limiter l'utilisation d'objets piquants ou tranchants. Privilégier les systèmes d'injection sans aiguille. ■ Limiter les ponctions veineuses et les procédures invasives. ■ Prévoir suffisamment de contenants pour disposer des objets piquants ou tranchants au point de soins. Ne jamais les remplir à plus des trois quarts. ■ Éviter l'utilisation de tubes en verre pour les prélèvements. |
| <p>Gestion des excréta</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Privilégier l'utilisation d'une toilette réservée à l'usage du patient. ■ Si le patient ne peut utiliser la toilette, utiliser une chaise d'aisance à son usage exclusif ainsi que des sacs hygiéniques pour contenir les selles et urines. ■ Disposer des sacs hygiéniques et de leur contenu selon les modalités prévues dans la section « gestion des déchets ». ■ S'il y a vidange d'excréta dans la toilette, minimiser les risques d'éclaboussures et de contamination des surfaces. ■ Nettoyer la chaise d'aisance et désinfecter avec une solution d'hypochlorite de sodium à une concentration de 5 000 ppm idéalement après chaque utilisation, minimalement quotidiennement. ■ Privilégier les contenants à usage unique pour les systèmes à succion des sécrétions respiratoires et nasogastriques. |
| <p>ENVIRONNEMENT, BUANDERIE</p> | |
| <p>Désinfection de l'environnement</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser l'équipement de protection personnelle suivant : <ul style="list-style-type: none"> ■ APR N-95; ■ Protection oculaire à usage unique : lunettes protectrices ou écran facial; ■ Blouse imperméable à manches longues à usage unique; ■ Couvre-chaussures imperméables; ■ Gants en nitrile à poignets longs, bien ajustés et devant recouvrir les poignets de la blouse. <p>L'équipement de protection personnelle doit être revêtu avant l'entrée et retiré avant la sortie de la chambre, sauf pour l'APR N-95 qui doit être retiré après la sortie de la chambre.</p> <p>Porter des chaussures fermées résistantes aux objets piquants ou tranchants.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Procéder au nettoyage et à la désinfection des surfaces à risque élevé de contamination et des planchers minimalement sur une base quotidienne et lorsque souillés, avec un détergent germicide approuvé pour usage hospitalier (ex. : ammonium quaternaire, peroxyde d'hydrogène stabilisé ou solution chlorée). ■ Ne pas vaporiser les produits désinfectants. ■ Utiliser une solution d'eau de Javel 5 % (hypochlorite de sodium) à une concentration de 5 000 ppm pour la désinfection des surfaces ou objets contaminés par du sang ou des liquides organiques. ■ Utiliser une solution chlorée à 5 000 ppm pour la désinfection terminale. ■ Les linges, chiffons et tampons des vadrouilles utilisés pour la désinfection de l'environnement des patients suspects peuvent être conservés dans des sacs imperméables fermés. Si le diagnostic est infirmé, ils pourront être traités selon les procédures habituelles de l'établissement. Si le diagnostic de maladie à virus Ebola est confirmé, ils doivent être jetés avec les déchets biomédicaux. |
| <p>Vaisselle</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser de la vaisselle et des ustensiles jetables. |
| <p>Buanderie</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Pour les patients suspects, le matériel habituellement nettoyé à la buanderie (exemple : lingerie, literie, rideaux) peut être conservé dans des sacs imperméables fermés. Si le diagnostic est infirmé, ce matériel pourra être nettoyé selon les procédures habituelles de l'établissement. Si le diagnostic est confirmé, il devra être jeté. |

| | |
|---|--|
| | <p>Pour les hôpitaux désignés</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser du matériel jetable ou le jeter après usage. |
| GESTION DES DÉCHETS | |
| Gestion des déchets | <p>Pour les patients suspectés</p> <ul style="list-style-type: none"> Considérer tous les déchets comme des déchets biomédicaux. Prévoir un contenant identifié déchets biomédicaux doublé d'un sac imperméable, dans la chambre du patient, près de la porte, pour recevoir : l'équipement de protection personnelle usagé, le matériel médical à usage unique, la vaisselle, la literie, etc. Évacuer les déchets biomédicaux quotidiennement. À la sortie de la chambre, placer dans un contenant approprié pour leur transport immédiat vers leur lieu de traitement. Si le diagnostic est infirmé, gérer les items selon les procédures habituelles de l'établissement. <p>Pour les patients confirmés</p> <ul style="list-style-type: none"> Traiter ces déchets selon la procédure pour la gestion des déchets biomédicaux tel que le prévoit la section 2 du règlement sur les déchets biomédicaux (L.R.Q. c Q-2, r.12). Effectuer le transport des déchets hors de l'établissement tel que le prévoit le règlement sur le transport des marchandises dangereuses (RTMD) (DORS/2014-152). |
| AUTRES ACTIVITÉS | |
| Prélèvements et tests de laboratoire | <ul style="list-style-type: none"> Suivre les mesures recommandées pour le prélèvement sécuritaire de spécimens, ainsi que pour la manipulation et le transport sécuritaire des spécimens de laboratoire comme recommandé dans le document « <i>Maladie à virus Ebola (MVE) : guide pratique pour les demandes d'analyse de laboratoire pour des patients chez qui une MVE est suspectée</i> » (LSPQ, 2014). |
| Gestion des personnes décédées | <ul style="list-style-type: none"> La manipulation d'une personne décédée d'une maladie à virus Ebola doit se faire en conformité avec la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (L.R.Q. c L-0.2). Porter l'équipement de protection personnelle jusqu'à ce que le corps soit dans une double housse étanche et scellée. La manipulation du corps doit être minimale. Ne pas faire d'autopsie. Le corps ne peut être embaumé. Il doit être incinéré (crémation) sans délai ou placé dans un cercueil étanche pour être inhumé. Il ne peut être exposé. Dans l'attente de la confirmation pour un patient suspect, le corps est placé dans une double housse étanche et scellée. Aucun soin du corps n'est autorisé. |
| Gestion des contacts | Voir tableau : Catégories de risque et prise en charge des contacts d'un patient confirmé de maladie à virus Ebola. |

Catégories de risque et prise en charge des contacts d'un patient confirmé

| Catégories de risque* | Prise en charge |
|--|--|
| <p>Contacts occasionnels/sans risque</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes qui n'ont pas de contact direct avec le malade ou ses liquides organiques (ex. : sang, sécrétions, excréctions, tissus). Personnes qui n'ont pas de contact personnel étroit avec le malade comme, par exemple, séjourner dans la même salle d'attente. | <ul style="list-style-type: none"> Informer sur l'absence de risque. |
| <p>Contacts étroits à faible risque</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnel (médecins, infirmières, ambulanciers) qui donne des soins au malade ou qui a transporté le malade sans protection appropriée ou en utilisant les précautions et l'équipement personnel de protection approprié, mais avec bris de technique. Personnel de laboratoire qui manipule les spécimens de laboratoire prélevés chez le patient en utilisant les précautions et l'équipement personnel de protection approprié, mais avec bris de technique. Personne qui aurait eu un contact étroit, face à face, avec le cas fébrile. Personne qui aurait partagé la chambre d'un patient confirmé de maladie à virus Ebola et qui aurait partagé du matériel de soins ou partagé la toilette lorsque le patient était dans la phase initiale de la maladie (prodrome). <p>Contacts étroits à haut risque</p> <ul style="list-style-type: none"> Personne qui a eu un contact non protégé d'une muqueuse (ex. : éclaboussure) ou un contact cutané (ex. : manipulation de vêtements ou de literie contaminée) avec du sang ou d'autres liquides organiques du malade (ex. : sécrétions, excréctions, tissus). Personne qui aurait eu un contact étroit, face à face, non protégé avec un patient qui tousse ou vomit, ou qui présente une épistaxis ou des diarrhées. Patient qui a séjourné dans la chambre d'un cas confirmé de maladie à virus Ebola et qui aurait partagé la toilette ou du matériel de soins visiblement contaminé pendant la phase initiale de la maladie. Patient qui aurait séjourné dans la chambre d'un patient dans la phase terminale de la maladie sans protection adéquate. Personne qui vit avec le patient, qui lui donne des soins ou le sert, qui a des contacts cutanés avec la peau du malade, qui lui tient les mains ou qui tient le malade dans ses bras. Personne qui a embrassé ou qui a eu des rapports sexuels avec le malade. Personne qui s'est piquée avec une aiguille ou a subi une lésion par perforation s'accompagnant d'une exposition au sang ou à des liquides organiques du malade. Membre du personnel soignant (médecins, infirmières, ambulanciers) qui donne des soins au malade ou qui a transporté le malade sans utiliser les précautions et l'équipement personnel de protection approprié et qui a eu des contacts non protégés par voie muqueuse ou cutanée avec du sang ou d'autres liquides organiques du malade. Personnel de laboratoire qui manipule les spécimens de laboratoire prélevés chez le patient sans utiliser les précautions et l'équipement personnel de protection approprié et qui a eu des contacts non protégés par voie muqueuse ou cutanée avec du sang ou d'autres liquides organiques du malade. | <ul style="list-style-type: none"> Faire les premiers soins tel que recommandé à la suite d'une exposition à des liquides biologiques. S'il s'agit d'un patient : <ul style="list-style-type: none"> Aviser le médecin traitant, le service de prévention et contrôle des infections et la direction régionale de santé publique. Faire une évaluation médicale du risque de transmission. Si hospitalisé, mettre le patient en chambre privée avec toilette non partagée. S'il est à domicile, suivre la procédure de prises en charge des contacts en communauté – contacter la direction régionale de santé publique. Surveiller la température de la personne exposée deux fois par jour pendant trois semaines suivant l'exposition. S'il présente une fièvre $\geq 38,5$ °C ou d'autres symptômes pouvant être associés à une maladie à virus Ebola, il doit être isolé et pris en charge tel que recommandé pour les patients suspects ou confirmés de maladie à virus Ebola. S'il s'agit d'un membre du personnel d'un milieu de soins : <ul style="list-style-type: none"> Celui-ci doit aviser son supérieur immédiat et le service de santé. Faire une évaluation médicale du risque de transmission. Le travailleur de la santé peut continuer à travailler tant qu'il ne présente pas de symptômes liés à son exposition. Le travailleur doit prendre sa température deux fois par jour pendant trois semaines suivant l'exposition. S'il présente une fièvre $\geq 38,5$ °C ou d'autres symptômes pouvant être associés à une maladie à virus Ebola : retirer immédiatement du travail; communiquer avec le Service de santé et sécurité au travail de l'établissement afin d'avoir une consultation médicale avec le médecin microbiologiste-infectiologue de garde. Isoler et prendre en charge comme recommandé pour les patients suspects ou confirmés de maladie à virus Ebola. Aviser la direction régionale de santé publique qui procédera à son enquête. Aviser l'équipe de prévention et contrôle des infections. |

* Le risque de transmission augmente lorsque le contact avec le patient infecté a eu lieu dans les derniers stades de la maladie.

Références

Known or Suspected Ebola Hemorrhagic Fever in U.S. Hospitals 08-05-2014, <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/infection-prevention-and-control-recommendations.html>

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC, Protocole PCI – Alerte fièvres virales hémorragiques, Direction des soins infirmiers, Programme de prévention et contrôle des infections, CHU de Québec, 31 juillet 2014, 15 p.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Guide régional pour les centres hospitaliers Prise en charge d'un patient possiblement atteint d'une maladie à virus Ebola, Août 2014.

ECDC (2014). Rapid risk assessment: Outbreak of Ebola virus disease in west Africa, 3rd update 1 August 2014. <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/ebola-outbreak-west-africa-1-august-2014.pdf>

HEALTH PROTECTION SURVEILLANCE CENTRE (2012). The management of viral hemorrhagic fevers in Ireland, 117 pages. <https://www.hpsc.ie/hpsc/A-Z/Vectorborne/ViralHaemorrhagicFever/Guidance/File.12936.en.pdf>

LABORATOIRE DE SANTE PUBLIQUE DU QUÉBEC, Maladie à virus Ebola (MVE) : guide pratique pour les demandes d'analyses de laboratoire pour des patients chez qui une MVE est suspectée, Institut national de santé publique du Québec, Version 2.0, mise à jour du 29 août 2014, 12 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Interim Infection Prevention and Control – Guidance for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus haemorrhagic fever in Health-Care Settings, with Focus on Ebola, August 2014, 13 p.

UK Department of health (2012). Management of hazard group 4 viral hemorrhagic fevers and similar human infectious diseases of high consequence, Health and safety Executive, UK, 99 pages. http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1194947382005

Maladie à virus Ebola : mesures de prévention et de contrôle pour les hôpitaux

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEUR

Josée Massicotte, médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction régionale de santé publique

AVEC LA COLLABORATION DE

Lucie Beaudreau, conseillère experte en prévention des infections
Institut national de santé publique du Québec

Lise-Andrée Galarneau, microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Renée Paré, médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction régionale de santé publique

Claude Tremblay, médecin microbiologiste-infectiologue
CHU de Québec

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Marie Gourdeau,
CHU de Québec

Pierre Pilon
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique
Paul Le Guerrier
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Pour avoir partagé leurs documents de travail dont nous nous sommes largement inspirés.

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 – 3^e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-71482-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)