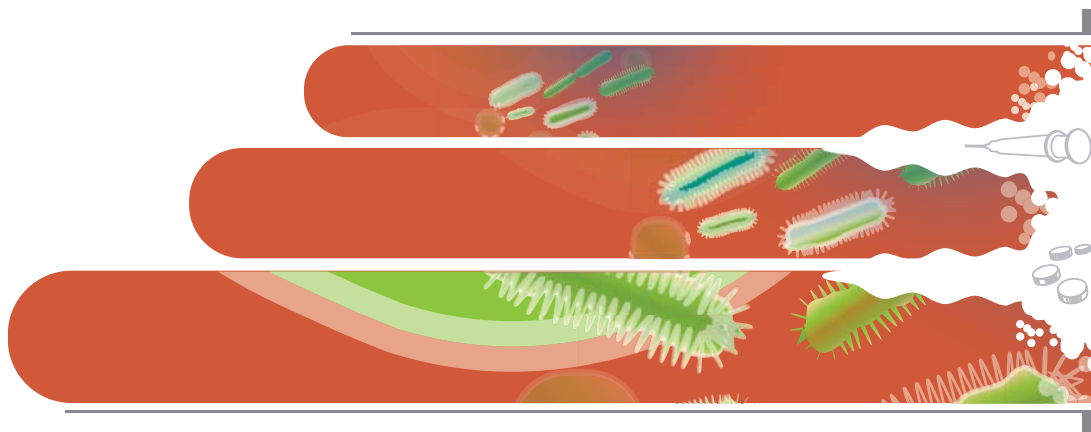
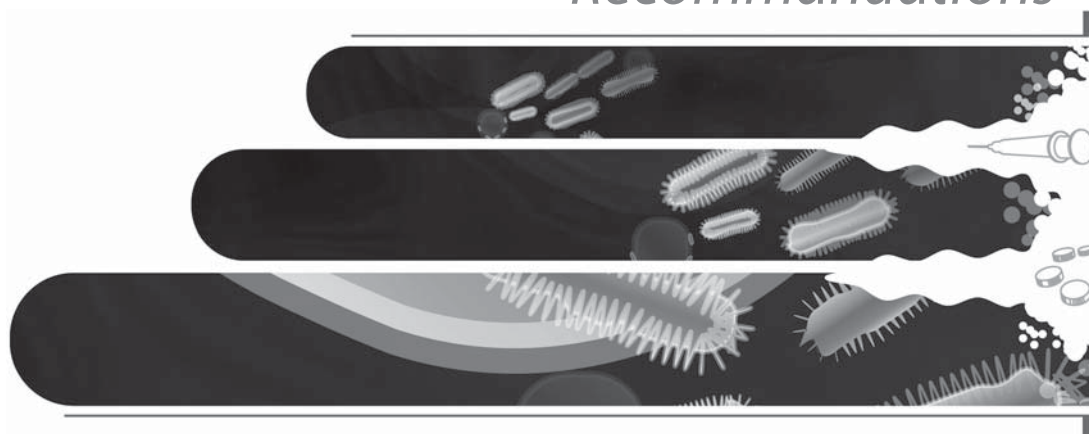


Recommandations



Surveillance accrue des maladies respiratoires sévères émergentes d'origine infectieuse

Recommandations



Surveillance accrue des maladies respiratoires sévères émergentes d'origine infectieuse

Ce document a été produit par l'équipe de la Direction de la protection de la santé publique. Le contenu scientifique du présent document n'a pas été changé par rapport à la version de 2008. Seule la présentation visuelle a été modifiée.

Collaboration

Paul Le Guerrier, M.D., Direction de santé publique de Montréal
Michel Couillard, Ph. D., Laboratoire de santé publique du Québec
Marie St-amour, M.D, Direction de santé publique de la Montérégie
Céline Gariépy, M.D., Direction de santé publique de la Montérégie
Nicole Bouchard, M.D., Direction de santé publique de l'Abitibi-Temiscamingue
Joane Désilets, M.D., Direction de santé publique de Lanaudière
Michèle Bier, M.D., Direction de santé publique de Montréal

Consultation

Coordonnateurs et professionnels en maladies infectieuses des directions de santé publique du Québec
Comité des infections nosocomiales du Québec

Secrétariat et mise en pages

Verline Heukami, secrétaire à l'unité des maladies infectieuses
Noro Hanitra Rabetafika, secrétaire à l'unité des maladies infectieuses

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-61090-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

1	CONTEXTE	1
2	OBJECTIFS	2
3	SURVEILLANCE ET VIGIE	3
3.1	OBJECTIFS	3
3.2	ALERTE DE MRS	3
3.2.1	Définition de cas suspect de MRS.....	4
3.2.2	Définition de grappe de MRS	6
4	ÉPREUVES DE LABORATOIRE	7
4.1	TYPES DE SPÉCIMENS À RECUEILLIR POUR LES CAS SUSPECTS DE MRS	7
4.1.1	Spécimens recommandés pour l'ensemble des MRS.....	7
4.1.2	Spécimens recommandés pour la grippe aviaire	7
4.1.3	Spécimens recommandés pour le coronavirus associé au SRAS	7
4.2	CONSERVATION ET TRANSPORT DES SPÉCIMENS	8
4.3	ANALYSES DE LABORATOIRE	9
4.3.1	Agents usuels de pneumonies atypiques	9
4.3.2	Influenza d'origine aviaire et autres pathogènes inhabituels.....	9
5	DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES	10
5.1	INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1).....	10
5.2	MRS POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS	11
6	PRISE EN CHARGE DES CAS SUSPECTS ET CONFIRMÉS DE MRS ET DES CONTACTS	12
6.1	SIGNALEMENT DES CAS ET DES GRAPPES DE CAS DE MRS.....	12
6.2	PRISE EN CHARGE DES CAS DE GRIPPE A(H5N1) ET DE LEURS CONTACTS	12
6.2.1	Définitions	12
6.2.2	Prise en charge des cas	13
6.2.3	Prise en charge des contacts étroits	14
6.3	PRISE EN CHARGE DES CAS PROBABLES OU CONFIRMÉS DE SRAS ET DE LEURS CONTACTS	18
6.3.1	Définitions	18
6.3.2	Prise en charge des cas	18
6.3.3	Prise en charge des contacts étroits	18
6.3.4	Mesures supplémentaires en cas d'éclosion dans un centre hospitalier	20
7	MESURES DE PRÉVENTION DES INFECTIONS EN MILIEU DE SOINS	21
7.1	EN TOUT TEMPS	21
7.2	EN FONCTION DU CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE.....	21
7.2.1	À l'étape du triage.....	22
7.2.2	En présence d'un patient ayant eu une exposition :.....	22
7.2.3	En présence d'un cas suspect de MRS ou de grippe aviaire.....	22
8	RECOMMANDATIONS POUR LES VOYAGEURS	23
	CONCLUSION	24
	ANNEXE 1 - OUTILS DE TRIAGE	25
	ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE ÉPIDÉMIOLOGIQUE PROVINCIAL POUR UNE MSR – GRIPPE AVIAIRE A(H5N1)	29
	ANNEXE 3 - QUESTIONNAIRE ÉPIDÉMIOLOGIQUE PROVINCIAL POUR UNE MRS - SRAS	43
	ANNEXE 4 - FACTEURS DE RISQUE POUR LA RÉSURGENCE DU SRAS	55

ANNEXE 5 - PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES POUR LES CAS SUSPECTS DE MRS EN MILIEU DE SOINS.....	59
ANNEXE 6 - PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	63
BIBLIOGRAPHIE	67

LISTE DES SIGLES

APR	Appareil de protection respiratoire
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCLPI	Comité canadien de lutte contre la pandémie d'influenza
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CMIU	Centre de mesures et d'interventions d'urgence
CoV-SRAS	Coronavirus associé au SRAS
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGSP	Direction générale de la santé publique
DPSP	Direction de la protection de la santé publique
DSP	Direction de santé publique
MRS	Maladie respiratoire sévère
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIOSH	National Institute of Occupational Safety and Health
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RT-PCR	Reverse Transcriptase - Polymerase chain reaction.
SAG	Syndrome d'allure grippale
SDRA	Syndrome de détresse respiratoire aiguë
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère

1 CONTEXTE

En janvier 2006, la Direction générale de la santé publique (DGSP) diffusait aux directions régionales de santé publique ses Recommandations pour une surveillance rehaussée des Maladies respiratoires sévères (MRS) et pour la conduite à tenir au regard des cas possibles d'influenza aviaire sans transmission humaine. Depuis, la situation épidémiologique de l'influenza aviaire a continué d'évoluer à l'échelle mondiale. Cette évolution oblige à des précisions, plus particulièrement dans les définitions de cas, pour tenir compte de l'expansion de l'épizootie dans de nombreux pays. C'est pourquoi la DGSP a jugé bon de revoir les recommandations diffusées en 2006.

Ce document vise à présenter les nouvelles recommandations québécoises en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des MRS, soit le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), l'influenza aviaire et les MRS émergentes et ré émergentes. Ces recommandations ont été élaborées à partir de celles de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et du Comité canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (CCLPI), et sont adaptées aux réalités particulières du Québec. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont également été prises en compte.

Les recommandations pour le secteur animal ne sont pas abordées dans ce document. Pour de l'information sur le sujet, consulter les sites Web suivants :

Agence canadienne d'inspection des aliments
<http://www.inspection.gc.ca/francais/tocf.shtml>

Organisation mondiale de la santé animale
www.oie.int/eng/en_index.htm

2 OBJECTIFS

L'objectif général de cette vigie est de prévenir des épidémies ou des éclosions importantes d'infections respiratoires associées à une morbidité et une mortalité élevées, en mettant en place un système de surveillance pour les maladies respiratoires graves ou émergentes et des mesures de contrôle appropriées. Dans le contexte actuel de pandémie appréhendée, et à la suite de la situation épidémiologique récente du SRAS, les intervenants de la santé publique, des centres hospitaliers (CH) ou des milieux cliniques doivent continuer à maintenir leurs efforts afin de :

- détecter rapidement des syndromes respiratoires inhabituels graves (morbidité et mortalité élevées) pouvant être causés par des pathogènes connus ou en émergence, ayant le potentiel de provoquer une pandémie (ex. : l'influenza, l'influenza aviaire, le coronavirus associé au SRAS);
- s'assurer que des systèmes adéquats sont en place pour détecter les cas sporadiques et les grappes de cas d'infections respiratoires émergentes ou ré émergentes;
- détecter rapidement tout nouveau cas de SRAS provenant d'une région où une réémergence est possible (c'est-à-dire la Chine, incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong);
- Ce deuxième objectif, considéré en phase de pré alerte, sera en place tant qu'aucun nouveau cas de SRAS ne sera identifié. Advenant la situation où un nouveau cas de SRAS est identifié dans le monde, les niveaux de surveillance seront modifiés en conséquence et les définitions de cas utilisées en période d'éclosion de SRAS seront utilisées.
- mettre en place de façon concertée les mesures appropriées de prévention et de contrôle.

Ce document présente les recommandations provinciales à l'ensemble du réseau de santé publique au niveau de la surveillance et des mesures préventives et de contrôle des MRS incluant le SRAS et l'influenza aviaire.

Quant à l'influenza aviaire, les conduites à tenir correspondent à la situation épidémiologique mondiale au 31 janvier 2007 (phase 3.0 du Plan de pandémie de l'OMS). Dans le contexte actuel, les niveaux de vigie et de surveillance demeurent concentrés sur les cas possibles d'influenza causés par un nouveau virus influenza d'origine aviaire et présentant des symptômes respiratoires sévères. Advenant tout changement dans la situation épidémiologique au pays ou dans le monde, les objectifs et recommandations seront ajustés en conséquence.

<p>Tout cas suspect de MRS à potentiel pandémique, d'influenza aviaire ou de SRAS doit faire l'objet d'une déclaration par les médecins et d'une enquête épidémiologique par les DSP. Des questionnaires spécifiques sont annexés au document.</p>
--

3 SURVEILLANCE ET VIGIE

3.1 OBJECTIFS

Lors de la détection de tout pathogène émergent ou réémergent à l'échelle internationale, y compris les nouveaux virus de l'influenza A, la liste des régions touchées est revue et mise à jour au besoin. Pour sa part, l'ASPC diffuse la liste des « régions actuellement affectées » par le virus A(H5N1) dans son site Web <http://www.phac-aspc.gc.ca/h5n1/index-fra.php>.

Les médecins cliniciens doivent déclarer à la DSP de leur territoire les personnes répondant aux critères établis pour définir les cas de MRS. Ces personnes feront l'objet d'une enquête épidémiologique par les DSP.

3.2 ALERTE DE MRS

L'alerte de MRS a été élaborée au cours de la période de surveillance accrue après la flambée de SRAS (Alerte au SRAS OMS1). Cette alerte vise à fournir une définition opérationnelle pour détecter de façon systématique les individus répondant à des critères précis, afin de permettre une évaluation du risque dans la population et la mise en œuvre de mesures de santé publique appropriées en attente d'un diagnostic.

Les alertes de MRS visent à détecter :

- les personnes hospitalisées présentant un lien épidémiologique potentiel avec une MRS, y compris le syndrome d'allure grippale (SAG) ainsi que les infections émergentes et réémergentes pas encore diagnostiquées;
- les grappes de MRS d'origine infectieuse dans une unité de soins d'un établissement de soins aigus;
- toute personne souffrant d'une infection causée par un nouveau virus de l'influenza confirmée par un laboratoire ou d'une infection causée par un autre virus émergent ou réémergent.

1. L'alerte au SRAS de l'OMS est une définition opérationnelle destinée à assurer la mise en œuvre des mesures de santé publique et de contrôle de l'infection qui conviennent jusqu'à ce que le SRAS soit écarté comme cause de la pneumonie atypique ou du syndrome de détresse respiratoire aiguë (OMS, 2004a). L'ASPC l'a étendue aux MRS. [NDLR : À mettre en note de bas de page (doit être séparée du reste du texte par une ligne horizontale).]

3.2.1 DÉFINITION DE CAS SUSPECT DE MRS

Patient hospitalisé avec	Patient décédé (doit rencontrer tous les critères suivants)
<ul style="list-style-type: none"> syndrome respiratoire aigu avec fièvre > 38°C (buccale) et toux ou difficulté à respirer (dyspnée). ET preuves, sur une radiographie pulmonaire, d'infiltrats correspondant à une pneumonie, à un syndrome de détresse respiratoire (SDR) ou à une autre MRS pour laquelle aucun diagnostic alternatif n'a pu être établi dans les 72 premières heures d'hospitalisation. 	<ul style="list-style-type: none"> histoire de maladie respiratoire aiguë fébrile inexpliquée (fièvre > 38°C buccale) et toux ou difficulté à respirer. ET résultats d'autopsie correspondant à une pathologie du SDR sans autre cause identifiable.
Patient hospitalisé avec	Patient décédé (doit rencontrer tous les critères suivants)
<ul style="list-style-type: none"> syndrome respiratoire aigu avec fièvre > 38°C (buccale) et toux ou difficulté à respirer (dyspnée). ET <p>preuves, sur une radiographie pulmonaire, d'infiltrats correspondant à une pneumonie, à un syndrome de détresse respiratoire (SDR) ou à une autre MRS pour laquelle aucun diagnostic alternatif n'a pu être établi dans les 72 premières heures d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> histoire de maladie respiratoire aiguë fébrile inexpliquée (fièvre > 38°C buccale) et toux ou difficulté à respirer. ET résultats d'autopsie correspondant à une pathologie du SDR sans autre cause identifiable.
ET	
Une ou plusieurs expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes (ayant mené ou pas au décès) :	
<p>Exposition liée au voyage</p> <ul style="list-style-type: none"> une résidence, un voyage récent ou une visite dans une zone potentielle d'émergence ou de réémergence pour une MRS² [(pour le SRAS, il s'agit de la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative spéciale de Hong Kong) et pour l'influenza A H5N1 (zones où des éclosions d'influenza aviaire sont rapportées chez les animaux avec ou sans cas humain notifié)]; avoir été en contact étroit³ avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie et provenant d'une zone potentielle d'émergence ou de résurgence d'une MRS. 	<ul style="list-style-type: none"> avoir été en contact étroit (prolongé, répété, à moins d'un mètre) avec un cas humain confirmé ou suspecté d'une MRS (SRAS, H5N1, etc.). <p>Exposition animale**</p> <ul style="list-style-type: none"> travailleur dans un élevage de volaille ou de porc; travailleur dans une usine de transformation de la volaille domestique; préposé à l'abattage de volailles domestiques (attrapage, mise en sac ou transport d'oiseaux, enlèvement des cadavres de volaille ou de porc); travailleur dans un marché d'animaux vivants; négociant ou marchand d'oiseaux de compagnie ou autres animaux possiblement affectés; chef cuisinier manipulant de la volaille domestique vivante ou récemment abattue ou d'autres animaux possiblement affectés.

2. Consulter les sites Internet suivants :

http://www.phac-aspc.gc.ca/H5N1/index_f.html

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/pandemic/fr/index.html.

3. Définition de contact étroit : Personne ayant eu au moins une des expositions suivantes : avoir donné des soins (sans protection appropriée), avoir vécu sous le même toit (sans protection appropriée), avoir eu un contact prolongé, répété et face à face (< 1 m), avoir eu un contact direct avec les sécrétions ou les liquides organiques (ex. : selles) d'une personne atteinte d'une maladie respiratoire fébrile ou d'une pneumonie.

<p>Exposition laboratoire/soins de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> travailleur de laboratoire qui utilise directement ou indirectement (manipule des spécimens d'origine animale ou humaine infectés) des agents pathogènes émergents ou ré émergents; être un membre du personnel soignant qui a été exposé à des patients liés à une enquête en cours ou qui a un lien épidémiologique avec une grappe nosocomiale. 	<p>Exposition, autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> exposition à des lieux où on a observé de nombreux décès ou de cas de maladie chez la volaille ou les porcs au cours des six semaines précédentes.
---	---

* Pour une MRS-grippe aviaire A(H5N1) : si l'exposition animale a lieu dans des régions où des éclosions d'influenza aviaire A(H5N1) sont suspectées ou confirmées au cours du dernier mois chez des humains ou des animaux (volaille, oiseaux sauvages, etc.);

ET	
Une ou plusieurs expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes (ayant mené ou pas au décès) :	
<p>Exposition liée au voyage</p> <ul style="list-style-type: none"> une résidence, un voyage récent ou une visite dans une zone potentielle d'émergence ou de réémergence pour une MRS⁴ [(pour le SRAS, il s'agit de la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative spéciale de Hong Kong) et pour l'influenza A H5N1 (zones où des éclosions d'influenza aviaire sont rapportées chez les animaux avec ou sans cas humain notifié)]; avoir été en contact étroit⁵ avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie et provenant d'une zone potentielle d'émergence ou de réurgence d'une MRS. <p>Exposition laboratoire/soins de santé</p> <p>travailleur de laboratoire qui utilise directement ou indirectement (manipule des spécimens d'origine animale ou humaine infectés) des agents pathogènes émergents ou ré émergents;</p> <p>être un membre du personnel soignant qui a été exposé à des patients liés à une enquête en cours ou qui a un lien épidémiologique avec une grappe nosocomiale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> avoir été en contact étroit (prolongé, répété, à moins d'un mètre) avec un cas humain confirmé ou suspecté d'une MRS (SRAS, H5N1, etc.). <p>Exposition animale**</p> <ul style="list-style-type: none"> travailleur dans un élevage de volaille ou de porc; travailleur dans une usine de transformation de la volaille domestique; préposé à l'abattage de volailles domestiques (attrapage, mise en sac ou transport d'oiseaux, enlèvement des cadavres de volaille ou de porc); travailleur dans un marché d'animaux vivants; négociant ou marchand d'oiseaux de compagnie ou autres animaux possiblement affectés; chef cuisinier manipulant de la volaille domestique vivante ou récemment abattue ou d'autres animaux possiblement affectés. <p>Exposition, autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> exposition à des lieux où on a observé de nombreux décès ou de cas de maladie chez la volaille ou les porcs au cours des six semaines précédentes.

4. Consulter les sites Internet suivants :

http://www.phac-aspc.gc.ca/H5N1/index_f.html et http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/pandemic/fr/index.html.

5 Contact étroit : prestation de soins (sans protection) à une personne atteinte; partage du même lieu de vie qu'une personne atteinte; contact prolongé, répété et face à face (moins de 1 m); contact direct avec les sécrétions ou les liquides organiques (ex. : selles) d'une personne atteinte.

** Pour la grippe aviaire A(H5N1) : si l'exposition s'est produite dans une région où des éclosions d'influenza aviaire A(H5N1) ont été suspectées ou confirmées au cours du dernier mois chez des humains ou des animaux.

3.2.2 DÉFINITION DE GRAPPE DE MRS

Une grappe de MRS est définie de la façon suivante : deux travailleurs de la santé ou plus, ou trois personnes ou plus (autres employés de l'hôpital, patients ou visiteurs) au sein d'une même unité de soins, chez qui la maladie est apparue durant la même période de dix jours, et qui répondent aux critères ci-dessous :

- présence de symptômes respiratoires (fièvre > 38°C et toux ou difficulté respiratoire);
- ET admis à l'hôpital;
- ET une preuve radiographique de la présence d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au SDRA ou, pour les cas décédés, des résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du SDRA sans autre cause déterminée;
- ET aucun autre diagnostic dans les 72 premières heures d'hospitalisation.

Une enquête systématique pour le CoV-SRAS n'est pas recommandée pour les grappes de MRS dans les Centres hospitaliers de soins longue durée (CHSLD), à moins qu'il n'y ait un lien épidémiologique étroit avec une unité d'un CH de soins aigus touchée par une MRS (ex. : transfert d'un patient d'un CH à un CHSLD).

4 ÉPREUVES DE LABORATOIRE

4.1 TYPES DE SPÉCIMENS À RECUEILLIR POUR LES CAS SUSPECTS DE MRS

Des informations détaillées concernant les prélèvements respiratoires appropriés pour investiguer les cas suspects de MRS peuvent être consultées dans le document : Préparation à une pandémie de grippe. Lignes directrices à l'intention des cliniciens et des laboratoires du Québec sur l'utilisation des épreuves de laboratoire pour les virus influenza disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/557-InfluenzaLignesDirectricesCliniciens.pdf>

4.1.1 SPÉCIMENS RECOMMANDÉS POUR L'ENSEMBLE DES MRS

Les prélèvements doivent être faits le plus tôt possible, soit dans les 72 heures suivant l'apparition des symptômes.

Spécimens recommandés : sécrétions nasopharyngées recueillies par lavage (une partie du liquide de lavage diluée dans deux parties de milieu de transport pour la virologie) ou aspiration (le cathéter est rincé avec 2-3 ml de solution saline ou de milieu de transport pour la virologie).

Les sécrétions nasopharyngées ou oropharyngées recueillies par écouvillonnage (l'écouvillon est placé dans 2 ml de transport pour la virologie) sont également acceptables.

4.1.2 SPÉCIMENS RECOMMANDÉS POUR LA GRIPPE AVIAIRE

Des données sur les cas humains de grippe aviaire en Asie montrent que le virus A(H5N1) infecte préférentiellement les cellules du tractus respiratoire inférieur. C'est ce qui pourrait expliquer que dans certaines études, les échantillons pharyngés ont été associés à des taux d'ARN viral plus élevés que les échantillons nasaux. Pour les cas suspects d'infection par le virus A(H5N1), il est donc préférable de faire des prélèvements dans plusieurs sites respiratoires afin d'augmenter les chances d'isoler le virus.

4.1.3 SPÉCIMENS RECOMMANDÉS POUR LE CORONAVIRUS ASSOCIÉ AU SRAS

Les prélèvements suivants sont recommandés :

- sécrétions nasopharyngées recueillies par écouvillonnage (l'écouvillon est placé dans 2 ml de milieu de transport viral) ou par aspiration (le cathéter contenant les sécrétions est rincé avec 2-3 ml de solution saline ou de milieu de transport viral);
- selles pour virologie recueillies dans un contenant stérile ou par écouvillonnage rectal. Les échantillons seront placés dans un milieu de transport viral, et non dans un milieu préservatif;
- sérum précoce et tardif (2 à 3 ml), avec un délai d'au moins deux semaines entre les deux prises d'échantillon. En l'absence de séroconversion, prélever un autre sérum à 28 jours.

Si possible, les prélèvements suivants devraient aussi être faits :

- sécrétions recueillies par lavage broncho-alvéolaire ou par aspiration trachéale, conservées dans un contenant stérile;
- tissus recueillis par biopsie ou autopsie (provenant des poumons, des intestins, de la rate, des ganglions lymphatiques). Ces échantillons doivent être conservés congelés et non fixés.

4.2 CONSERVATION ET TRANSPORT DES SPÉCIMENS

Les échantillons sont placés dans des tubes étanches avec bouchon vissé. Les spécimens pour culture virale sont habituellement conservés à 4°C s'ils peuvent être mis en culture dans les 72 heures suivant le prélèvement. Sinon, ils doivent être congelés (à -70°C).

Les échantillons doivent être transportés selon les normes en vigueur pour les spécimens de diagnostic.

Le formulaire de demande d'analyse doit contenir les renseignements ci-dessous.

Pour la grippe aviaire A(H5N1):

- date du début des symptômes;
- éléments cliniques faisant suspecter une influenza d'origine aviaire;
- expositions potentielles (séjour dans une zone d'émergence pour le virus, manipulation de volaille infectée, contact étroit avec des personnes infectées, manipulation de prélèvements biologiques infectés).

Pour le coronavirus associé au SRAS :

- date du début des symptômes;
- expositions potentielles (voyage dans une région touchée, contact avec des personnes infectées ou travail en CH ou en laboratoire).

Les analyses effectuées pour le CoV-SRAS dans un laboratoire hospitalier doivent être confirmées au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) ou au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg.

<p>Avant de lui acheminer des spécimens, communiquer avec le LSPQ (tél. : 514 457-2070, poste 239 ou 227).</p>
--

4.3 ANALYSES DE LABORATOIRE

Dans l'éventualité où le laboratoire hospitalier procéderait d'abord à un test rapide, on préparera au préalable trois portions du spécimen afin d'en protéger l'intégrité au cas où les résultats devraient être confirmés. Il faut soumettre deux portions de chaque spécimen au laboratoire de référence.

4.3.1 AGENTS USUELS DE PNEUMONIES ATYPIQUES

Les analyses usuelles pour éliminer les causes de pneumonie atypique doivent être faites simultanément à l'envoi des échantillons au LSPQ. Le LSPQ ne fait pas d'analyses de première ligne pour les principaux agents bactériens (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* et *C. psittaci*) et viraux (souches d'influenza, virus respiratoire syncytial, virus parainfluenza, adénovirus) responsables de pneumonies atypiques. Ces analyses doivent donc être effectuées par les CH de la région ou d'une région avoisinante. Lorsque les analyses usuelles sont positives et peuvent expliquer la maladie, le laboratoire de référence doit en être avisé.

4.3.2 INFLUENZA D'ORIGINE AVIAIRE ET AUTRES PATHOGÈNES INHABITUELS

La recherche d'un micro-organisme responsable d'une MRS est basée sur la nature des symptômes et l'histoire clinique du cas. Dans le contexte actuel de circulation d'influenza aviaire hautement pathogène dans plusieurs pays sur plusieurs continents, la recherche du virus A(H5N1) sera faite si les antécédents du cas permettent de suspecter une exposition à ce virus.

Pour l'influenza A(H5N1), le LSPQ effectuera un Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) par RT-PCR et, s'il est positif, une culture virale. Un résultat préliminaire du TAAN peut être obtenu en moins de 48 heures. Tout résultat positif obtenu au LSPQ devra être confirmé au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg ou dans un autre laboratoire en mesure de caractériser le sous-type du virus.

5 DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES

5.1 INFLUENZA AVIAIRE A(H5N1)

Les définitions qui suivent ont été traduites et adaptées du document de l'OMS⁶ :

CAS PROBABLE

- Première définition : un individu qui répond aux critères de cas suspect de grippe aviaire A(H5N1) (voir définition de cas, annexe 2)

ET

- un rapport de laboratoire confirmant qu'il s'agit d'un virus influenza type A mais qui n'a pas encore été identifié comme étant un H5N1.
- Deuxième définition : une personne décédée d'une maladie respiratoire aiguë fébrile inexplicée et qui est liée épidémiologiquement (temps, lieu et exposition) à un cas probable infecté par le virus influenza A(H5N1).

CAS CONFIRMÉ

- Première définition : un individu qui répond aux critères de cas suspect ou cas probable et dont un des résultats positifs suivants effectués par un laboratoire national, régional ou international de l'influenza est reconnu par l'OMS comme confirmant le virus A(H5N1) :
 - isolement du virus en culture cellulaire;
 - technique de RT-PCR (confirmé par un autre test de RT-PCR effectué sur un deuxième échantillon).

Note : voir les recommandations spécifiques sur les épreuves de laboratoire (section 4).

- Deuxième définition : tout cas suspect ou probable qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

CAS EXCLU (NON RETENU)

Un cas suspect est exclu s'il ne correspond pas à la définition de cas ou si un autre diagnostic peut expliquer entièrement sa maladie. Ce cas ne doit pas faire l'objet d'une enquête. Un cas suspect est exclu si les résultats de l'investigation biologique sont négatifs [absence d'infection à influenza A(H5N1)].

6. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/case_definition2006_08_29/en/index.html

5.2 MRS POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS

CAS CONFIRMÉ

Présence des trois conditions suivantes :

- signes cliniques précoces de SRAS (fièvre > 38°C et toux ou difficulté à respirer); et
 - signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au SDR;
 - preuve en laboratoire d'infection au coronavirus associé au SRAS (CoV-SRAS)
- OU

dans le cas d'un décès, présence des trois conditions suivantes :

- histoire de symptômes respiratoires précoces du SRAS (fièvre > 38°C et toux ou difficulté à respirer) résultant en un décès;
- ET
- résultats d'autopsie correspondant au SRAS (évidence de pneumonie ou de SDR sans autre cause identifiée);
- ET
- preuve en laboratoire d'infection au coronavirus associé au SRAS (CoV-SRAS)

CAS PROBABLE

Présence des trois conditions suivantes :

- signes cliniques précoces de SRAS (fièvre > 38°C et toux ou difficulté à respirer); et
 - signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au SDR;
 - lien épidémiologique avec une personne ou un lieu associé au SRAS.
- OU

dans le cas d'un décès, présence des deux conditions suivantes :

- histoire compatible avec un SRAS (fièvre de plus de 38 °C **et** toux ou respiration laborieuse) conduisant au décès; **et**
- preuve en laboratoire d'infection au coronavirus au SRAS (CoV-SRAS)

CAS EXCLU (NON RETENU)

Un cas suspect est exclu s'il ne répond pas à la définition de cas ou si un autre diagnostic peut expliquer entièrement sa maladie. Ce cas ne doit pas faire l'objet d'une enquête.

6 PRISE EN CHARGE DES CAS SUSPECTS ET CONFIRMÉS DE MRS ET DES CONTACTS

6.1 SIGNALEMENT DES CAS ET DES GRAPPES DE CAS DE MRS

- Tout cas ou grappe de cas de MRS (selon les définitions de la section 3.1) doit être signalé à la DSP du territoire.
- Si les résultats d'investigation de laboratoire ne peuvent confirmer aucune étiologie connue dans les 72 heures suivant l'hospitalisation, un traitement sera administré en fonction de la symptomatologie.
- Les cas et les grappes de cas doivent faire l'objet d'une enquête par la DSP du territoire des cas.
- La prise en charge des contacts est fonction de l'agent pathogène en cause.

6.2 PRISE EN CHARGE DES CAS DE GRIPPE A(H5N1) ET DE LEURS CONTACTS

Les recommandations présentées dans cette section valent pour la phase d'alerte pandémique de niveau 3 de l'OMS (transmission interhumaine non efficace).

Pour la prise en charge des personnes asymptomatiques exposées à une source animale du virus A(H5N1), voir le document « Problèmes de santé humaine liés à l'influenza aviaire au Canada » (ASPC, 2006).

6.2.1 DÉFINITIONS

Période d'incubation

La période d'incubation retenue pour la grippe A(H5N1) est de sept jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité retenue pour la grippe A(H5N1) est de 24 heures avant le début des symptômes jusqu'à :

- Sept jours après la disparition de la fièvre pour les personnes de plus de 12 ans;
- 21 jours après le début des symptômes pour les 12 ans ou moins.

Contact étroit

Personne ayant eu au moins une des expositions suivantes à une personne atteinte de la grippe aviaire A(H5N1) pendant sa période de contagiosité :

- prestation de soins (sans protection);
- partage du même lieu de vie;
- contact prolongé, répété et face à face (moins de 1 m);
- contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides organiques (ex. : selles) d'une personne atteinte.

6.2.2 PRISE EN CHARGE DES CAS

Validation et enquête

- Valider le cas en fonction des définitions de cas (voir la section 5.1).
- Faire enquête sur le cas : collecte d'information par un intervenant de la DSP à l'aide du questionnaire épidémiologique provincial (présenté à l'annexe 2).
- Prescrire au cas les épreuves de laboratoire appropriées (voir la section 4).
- Rechercher les contacts étroits en milieu de soins (par le centre de santé et de services sociaux [CSSS] avec, au besoin, le soutien de la DSP de l'établissement de soins) et à l'extérieur du milieu de soins (par la DSP du lieu de résidence du cas).

Traitement antiviral

Un traitement précoce à base d'oseltamivir (TamifluMD) est recommandé pour les cas suspects et confirmés. Il devrait être amorcé dans les 48 heures suivant le début des symptômes. La posologie recommandée est de 75 mg deux fois par jour pendant cinq jours.

Ce traitement doit faire l'objet d'un suivi par le médecin traitant ou un autre intervenant du CSSS. Les résultats pertinents (ex. : détérioration de la condition du patient, résistance aux antiviraux, problèmes d'observance, effets secondaires inhabituels) devraient être rapportés à la DSP, qui acheminera l'information au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Prise en charge des cas à l'hôpital

Application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections (voir la section 7).

Prise en charge des cas à domicile

RESTRICTION DES ACTIVITÉS

- L'isolement à domicile peut être recommandé, à la suite d'une entente entre le médecin traitant et la DSP. Ces cas devraient demeurer à la maison jusqu'à la fin de la période de contagiosité, sauf s'ils doivent consulter un professionnel de la santé ou jusqu'à l'établissement d'un autre diagnostic.
- La DSP fera un suivi aux trois jours jusqu'à la fin de la période de contagiosité pour s'assurer qu'il n'y a pas eu d'autres contacts.

AUTOSURVEILLANCE DES SYMPTÔMES

- Les cas doivent prendre leur température une fois par jour et la noter. Cette donnée permet de déterminer la fin de la période de contagiosité.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

- Les cas et les contacts domiciliaires doivent appliquer les mesures de prévention de l'infection, soit l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains), l'hygiène respiratoire (se couvrir la bouche lorsqu'on tousse) ainsi que le nettoyage et la désinfection des surfaces possiblement contaminées par des gouttelettes respiratoires.
- Le port du masque chirurgical ou de procédure est recommandé pour le cas à l'occasion des contacts à moins d'un mètre (avec les autres membres de la maison et à l'extérieur). Le port du masque chirurgical ou d'un appareil de protection respiratoire APR N95 n'est pas recommandé pour les contacts domiciliaires.

- Les draps, les serviettes et les vêtements du cas peuvent être lavés avec les vêtements des autres membres de la maisonnée, préférablement à l'eau chaude.
- Les mouchoirs de papier utilisés par le cas doivent être jetés dans un sac poubelle qui sera fermé hermétiquement une fois plein et jeté au moment de la collecte des ordures. Les surfaces et les articles touchés par le cas peuvent être nettoyés avec des détergents ménagers ordinaires.

CONSIGNES POUR LA CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

- Si le cas se trouve dans l'obligation de consulter un professionnel de la santé, il doit communiquer avec la DSP. Des consignes lui seront alors transmises de façon à réduire au minimum les expositions potentielles (ex. : porter un masque chirurgical, éviter d'utiliser les transports en commun). La DSP devra informer le professionnel de la visite du patient et des mesures à prendre pour éviter les expositions.

6.2.3 PRISE EN CHARGE DES CONTACTS ÉTROITS

Travailleurs de la santé

Les recommandations générales aux travailleurs de la santé affectés aux soins des cas suspects ou confirmés d'influenza aviaire A(H5N1) sont décrites dans le document du CINQ (CINQ 2006). Le texte qui suit s'applique uniquement aux travailleurs qui correspondent à la définition de contact étroit (6.2.1), c'est-à-dire lorsque l'équipement de protection personnelle adéquat n'a pas été porté ou qu'il y a eu non-respect des précautions additionnelles.

RESTRICTION DES ACTIVITÉS

- Si possible, les travailleurs doivent reporter les voyages dans les régions non touchées par la maladie pour les sept jours suivant le dernier contact étroit avec le cas.

AUTOSURVEILLANCE DES SYMPTÔMES

Les travailleurs doivent surveiller les symptômes de la maladie, soit fièvre (prise de la température deux fois par jour), toux ou des difficultés respiratoires durant les sept jours suivant le dernier contact avec le cas. Le suivi des travailleurs sera fait par le bureau de santé de leur établissement.

- Si les travailleurs développent un ou plusieurs symptômes compatibles avec la grippe, ils doivent communiquer avec le bureau de santé de leur établissement. S'ils répondent à la définition de cas suspect, ils doivent être pris en charge comme indiqué à la section 6.2.2.

TRAITEMENT ANTIVIRAL

La chimioprophylaxie postexposition à base d'oseltamivir (TamifluMD) est recommandée si elle est amorcée dans les sept jours suivant le dernier contact avec le cas. La posologie recommandée est de 75 mg une fois par jour pendant dix jours.

- La chimioprophylaxie postexposition devrait faire l'objet d'un suivi par le bureau de santé de l'établissement et les résultats pertinents (infection malgré le traitement antiviral, effets secondaires inhabituels) devraient être rapportés à la DSP, qui acheminera l'information au MSSS.

VACCINATION

Le vaccin le plus récent contre la grippe saisonnière devrait être offert immédiatement aux travailleurs exposés qui ne l'ont pas déjà reçu. Ce vaccin ne protège pas contre la grippe aviaire. Toutefois, il peut réduire la possibilité de double infection par les virus de l'influenza aviaire et humaine et ainsi, réduire les risques de réassortiment génétique.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Pendant la prestation des soins aux patients, appliquer les mesures de base de prévention des infections. Les mesures additionnelles ne sont pas nécessaires.

- Les travailleurs qui ont des contacts étroits avec les patients doivent pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains) et l'hygiène respiratoire (se couvrir la bouche lorsqu'on tousse).

Patients hospitalisés

Cette section vise les patients hospitalisés qui correspondent à la définition d'un contact étroit (voir définition en 6.2.1).

SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES

Les symptômes de la maladie (fièvre, toux et difficultés respiratoires) doivent être surveillés durant les sept jours suivant le dernier contact étroit avec le cas.

- Si un contact étroit hospitalisé présente des symptômes compatibles avec la grippe aviaire, la personne responsable de la prévention des infections doit en être informée. S'il répond à la définition de cas suspect, il doit être pris en charge comme indiqué à la section 6.2.2.
- Si un contact étroit reçoit son congé de l'hôpital avant la fin de la période de surveillance, la DSP doit en être informée afin que la surveillance des symptômes se poursuive et que les mesures de prévention de l'infection soient appliquées à domicile ou dans le milieu de vie qui recevra le patient (voir section 7.2.3)

TRAITEMENT ANTIVIRAL

La chimioprophylaxie postexposition à base d'oseltamivir (TamifluMD) est recommandée si elle est amorcée dans les sept jours suivant le dernier contact avec le cas. La posologie recommandée est de 75 mg une fois par jour pendant dix jours.

- La prophylaxie postexposition devrait faire l'objet d'un suivi par l'établissement et les résultats pertinents (infection malgré le traitement antiviral, effets secondaires inhabituels) devraient être rapportés à la DSP, qui acheminera l'information au MSSS.

VACCINATION

- Le vaccin le plus récent contre la grippe saisonnière devrait être offert immédiatement aux patients exposés qui ne l'ont pas déjà reçu. Ce vaccin ne protège pas contre la grippe aviaire. Toutefois, il peut réduire la possibilité de double infection par les virus de l'influenza aviaire et humaine et ainsi, réduire les risques de réassortiment génétique.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Appliquer les pratiques de base de prévention des infections. Les pratiques additionnelles ne sont pas nécessaires.

- Les contacts étroits hospitalisés et leurs visiteurs doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains) et l'hygiène respiratoire (se couvrir la bouche lorsqu'on tousse).

Contact domiciliaires et autres contacts étroits

Cette section vise les personnes qui correspondent à la définition d'un contact étroit (voir définition 6.2.1).

INFORMATION

Les contacts étroits devraient être informés (sous une forme qui tient compte du niveau de lecture et de la langue de préférence) sur :

- les mesures de protection personnelle (ex. : se laver les mains);
- les symptômes de la grippe aviaire (fièvre, toux, difficultés respiratoires);
- la marche à suivre s'ils présentent des symptômes compatibles avec la grippe aviaire;
- la marche à suivre s'ils doivent consulter un professionnel de la santé : voir Fiche d'information pour les personnes ayant été en contact avec un cas d'influenza aviaire;
- les objectifs et les attentes par rapport à toute restriction des activités (voyage dans une zone non affectée).

RESTRICTION DES ACTIVITÉS

- Si possible, les contacts étroits devraient reporter un voyage vers une région non touchée par la maladie pour la durée de la période de surveillance.

AUTOSURVEILLANCE DES SYMPTÔMES

Les contacts étroits doivent surveiller les symptômes de la maladie (fièvre, toux et difficultés respiratoires) durant les sept jours suivant le dernier contact non protégé avec le cas.

- Si les contacts présentent des symptômes compatibles avec la grippe ils doivent communiquer avec la DSP. S'ils répondent à la définition de cas suspect, ils doivent être pris en charge comme indiqué à la section 6.2.2.

TRAITEMENT ANTIVIRAL

La chimioprophylaxie postexposition à base d'oseltamivir (TamifluMD) est recommandée si elle est amorcée dans les sept jours suivant le dernier contact avec le cas. La posologie recommandée est de 75 mg une fois par jour pendant dix jours.

- La chimioprophylaxie postexposition devrait faire l'objet d'un suivi et les résultats pertinents (infection malgré le traitement antiviral, effets secondaires inhabituels) devraient être rapportés à la DSP, qui acheminera l'information au MSSS.

VACCINATION

- Le vaccin le plus récent contre la grippe saisonnière devrait être offert immédiatement aux contacts qui ne l'ont pas déjà reçu. Ce vaccin ne protège pas contre la grippe aviaire. Toutefois, il peut réduire la possibilité de double infection par les virus de l'influenza aviaire et humaine et ainsi, réduire les risques de réassortiment génétique.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Les contacts étroits doivent être encouragés à appliquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains) et l'hygiène respiratoire (se couvrir la bouche lorsqu'on tousse) en tout temps, et plus particulièrement durant les sept jours suivant le dernier contact non protégé avec le cas.

- Le port du masque chirurgical ou d'un APR N 95 n'est pas recommandé pour les contacts étroits.

CONSIGNES POUR LE CONTACT QUI DOIT CONSULTER UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Si la personne développe des symptômes de grippe ou si elle doit quitter son domicile pour consulter un professionnel de la santé, elle doit communiquer avec la DSP.

Des consignes lui seront alors transmises de façon à réduire au minimum les expositions potentielles (ex. : porter un masque chirurgical ou de procédure, éviter autant que possible d'utiliser les transports en commun). La DSP devra aviser le professionnel de la visite du patient et des mesures à prendre pour éviter les expositions.

6.3 PRISE EN CHARGE DES CAS PROBABLES OU CONFIRMÉS DE SRAS ET DE LEURS CONTACTS

6.3.1 DÉFINITIONS

Contact étroit

Personne ayant donné des soins (sans protection appropriée), ayant vécu sous le même toit ; ayant eu un contact face à face (moins de 1 m); ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides organiques d'une personne affectée par une maladie respiratoire.

État symptomatique

Présence de fièvre, de toux et de difficultés respiratoires.

État asymptomatique

Présence de fièvre, mais absence de symptômes respiratoires différents de l'état habituel.

Isolement volontaire

Confinement d'une personne dans un endroit, sur une base volontaire, selon des conditions permettant de prévenir ou de limiter la transmission directe ou indirecte de l'agent infectieux. La personne sera informée de rester à la maison plutôt que d'aller au travail, à l'école ou dans d'autres lieux publics, de se laver souvent les mains et d'éviter les contacts face à face pendant la période d'isolement volontaire.

6.3.2 PRISE EN CHARGE DES CAS

Les cas doivent être hospitalisés, avec application des précautions de base et des précautions additionnelles (décrites à la section 5) jusqu'à ce que l'évolution clinique, les épreuves de laboratoire ou les données épidémiologiques orientent vers une étiologie plus précise.

6.3.3 PRISE EN CHARGE DES CONTACTS ÉTROITS

Personnel hospitalier

Identifier les membres du personnel ayant eu un contact étroit sans protection respiratoire avec le cas de MRS potentiellement associée au SRAS.

TRAVAILLEURS SYMPTOMATIQUES

Ces travailleurs ne doivent pas travailler; ils devraient être suivis par le bureau de santé et l'équipe de prévention et de contrôle des infections de leur établissement.

TRAVAILLEURS ASYMPTOMATIQUES

Autosurveillance de la fièvre et des symptômes respiratoires pendant les dix jours suivant le dernier contact non protégé; ces travailleurs devraient être suivis par le bureau de santé et l'équipe de prévention et de contrôle des infections de leur établissement.

Patients

Identifier les patients qui ont pu être en contact étroit avec le cas (ex. : patients ayant partagé un même espace restreint que le cas : chambre, salle d'attente, etc.).

PATIENT SYMPTOMATIQUE

- Pendant l'hospitalisation, appliquer les précautions additionnelles (au minimum : précautions gouttelettes et contact).
- Au congé, recommander l'isolement volontaire pour une période de 72 heures ou jusqu'à la disparition de la fièvre; en plus de la prise de contact initiale, la DSP devrait faire au moins un appel téléphonique de suivi durant cette période.

PATIENT ASYMPTOMATIQUE

- Surveiller la fièvre et les symptômes respiratoires pendant les dix jours suivant le dernier contact avec le cas et éviter le transfert dans une autre unité non affectée.

Si le congé est donné avant la fin de la période de dix jours, recommander l'auto-surveillance au domicile jusqu'à la fin de cette période. En plus de la prise de contact initiale, la DSP devrait faire au moins un appel téléphonique de suivi durant la période d'auto-surveillance.

Contacts domiciliaires et autres contacts étroits

CONTACT SYMPTOMATIQUE

- Isolement volontaire jusqu'à la disparition de la fièvre et au moins un appel téléphonique de suivi par la DSP en plus de la prise de contact initiale.
- Évaluation médicale si celle-ci peut aider au diagnostic du cas de MRS potentiellement associée au SRAS

CONTACT ASYMPTOMATIQUE

Auto-surveillance de la fièvre et des symptômes respiratoires pendant les dix jours suivant le dernier contact avec le cas. En plus de la prise de contact initiale, la DSP devrait faire au moins un appel téléphonique de suivi durant la période d'auto-surveillance.

Passagers d'un vol aérien

- Si un cas de MRS potentiellement associée au SRAS a été gravement malade (en raison de sa maladie respiratoire) au cours d'un voyage en avion, les renseignements sur les contacts des passagers (contenus dans le manifeste de l'avion) devraient être demandés à l'agent de quarantaine. Il reviendra peut-être à la Direction de la protection de la santé publique (DPSP) de faire des démarches auprès du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) de Santé Canada afin d'obtenir ces renseignements.
- L'intervention auprès des passagers ayant été en contact étroit ne devrait être envisagée que si le cas répond à la définition de cas de SRAS dans les dix jours suivant le vol ou si une autre maladie qui a des conséquences significatives sur la santé publique est diagnostiquée.

- Si un cas de MRS potentiellement associée au SRAS a été en contact étroit avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie sans autre cause déterminée et des antécédents de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de réémergence : cette personne devrait faire l'objet d'une enquête et les mesures de santé publique seront appliquées, à la personne et à ses contacts étroits, selon les résultats de l'enquête.

6.3.4 MESURES SUPPLÉMENTAIRES EN CAS D'ÉCLOSION DANS UN CENTRE HOSPITALIER

- Autant que possible, éviter les transferts de patients entre l'unité touchée et les autres unités jusqu'à ce que l'éclosion soit maîtrisée (aucun cas nouveau dix jours après le dernier contact non protégé avec le dernier cas).
- Restreindre la mobilité des travailleurs de la santé ayant eu un contact non protégé avec des cas : ceux-ci ne devraient pas être affectés à des unités non touchées ni à un autre établissement jusqu'à ce que l'éclosion soit maîtrisée.

7 MESURES DE PRÉVENTION DES INFECTIONS EN MILIEU DE SOINS⁷

Afin de réduire les risques de transmission des infections respiratoires, les milieux de soins (cliniques médicales, CSSS – mission CLSC, CH et CHSLD) doivent appliquer les mesures ci-dessous.

7.1 EN TOUT TEMPS

- Consolider les pratiques de base, notamment le lavage des mains, et s'assurer qu'elles sont intégrées dans la prestation des soins courants.
- Appliquer les mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire à tous les patients qui consultent et qui présentent de la fièvre et de la toux, soit :
 - port d'un masque;
 - lavage des mains avec un rince-mains antiseptique;
 - regroupement de ces patients dans une section retirée de la salle d'attente, à plus d'un mètre des autres patients.
- Renforcer l'application des précautions additionnelles selon le tableau clinique pour tout patient sous évaluation ou admis à l'urgence. En ce qui concerne les patients présentant des symptômes d'infection respiratoire aiguë, renforcer l'application des précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes combinées avec le port de gants à l'occasion de tout contact étroit (à moins de 1 m) avec ces patients. Cette recommandation se justifie par le fait que les pratiques de base ne sont pas toujours appliquées rigoureusement et que plusieurs virus respiratoires se transmettent par contact avec les mains (certains virus, dont ceux de l'influenza, peuvent survivre sur les mains ou des objets de l'environnement immédiat contaminés par les gouttelettes des personnes malades). De plus, le port des gants peut réduire le risque que les prestataires de soins touchent leurs yeux, leur nez ou leur bouche avec leurs mains.
- Promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque auprès du personnel soignant et de la clientèle faisant partie des groupes à risque.

7.2 EN FONCTION DU CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Durant la première moitié des années 2000, la pandémie de grippe aviaire appréhendée et la transmission du SRAS dans certains hôpitaux de Toronto ont mis en lumière la nécessité, pour les milieux de soins, de détecter précocement les cas de syndromes respiratoires aigus inhabituels et de mettre en place rapidement des mesures de prévention et de contrôle. Les mesures recommandées sont présentées ci-dessous.

⁷ Pour les cas de SRAS, voir aussi le document Orientations sur les mesures collectives et recommandations sur les mesures individuelles de prévention du SRAS pour les travailleuses et travailleurs de la santé du Québec (Comité ministériel sur les mesures de précaution contre le SRAS, 1994) ainsi que le guide Précautions visant à prévenir la transmission des infections respiratoires par de grosses gouttelettes et par contact (ASPC, 2003).

7.2.1 À L'ÉTAPE DU TRIAGE

Lorsqu'un patient souffrant de fièvre et de symptômes respiratoires (toux) se présente à l'urgence :

- appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes et porter des gants;
- renforcer auprès du patient l'application des mesures d'hygiène et d'étiquette respiratoire;
- vérifier si le patient a eu une exposition à risque dans les dix jours précédant l'apparition des symptômes (voir l'annexe 1, « Outils de triage »). Si absence d'exposition à risque, appliquer les précautions additionnelles selon le tableau clinique (transmission par gouttelettes et port de gants). Si exposition à risque, voir la section suivante.

7.2.2 EN PRÉSENCE D'UN PATIENT AYANT EU UNE EXPOSITION :

- Isoler le patient dans une pièce à pression négative ou une pièce fermée;
- appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne une protection oculaire (voir annexe à l'usage des cliniciens).
 - Des précautions rehaussées pour la prévention et le contrôle de la transmission d'une MRS sont justifiées puisqu'aucune information ne nous permet de connaître le micro-organisme impliqué et le mode de transmission exact de l'infection respiratoire. Ces précautions sont également requises auprès des cas suspects d'influenza aviaire tant que le mode de transmission de la souche entre humains demeure incertain, qu'il existe une possibilité de mutation ou d'un rassortiment génétique du virus actuel résultant en une souche capable de se transmettre de façon soutenue entre humains, ou que certaines souches du virus sont actuellement associées à un haut taux de mortalité (par exemple : influenza A(H5N1));
- faire voir par le médecin en priorité;
- procéder à l'évaluation médicale, y compris la radiographie pulmonaire, et aux épreuves de laboratoire recommandées pour l'identification de l'agent étiologique (voir la section 4);
- vérifier si le patient répond à la définition de cas suspect de MRS (précisée à la section 3.2.1 et à l'annexe 3) ou de grippe aviaire (annexe 2). Si oui, appliquer les recommandations de la section suivante; si non, appliquer les précautions additionnelles selon le tableau clinique et prendre en charge selon le diagnostic envisagé.

7.2.3 EN PRÉSENCE D'UN CAS SUSPECT DE MRS OU DE GRIPPE AVIAIRE

En présence d'un cas suspect de MRS ou de grippe aviaire :

- appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne avec une protection oculaire (isolement dans une chambre à pression négative ou une chambre fermée);
- respecter les conditions suivantes lors de procédures générant des aérosols (ex. : intubation, nébulisation, induction d'expectorations, bronchoscopie, trachéotomie, aspiration nasopharyngée) :

- limiter ce genre de procédures à celles qui sont absolument essentielles,
- limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce au personnel expérimenté nécessaire pour réaliser l'intervention,
- si possible, procéder à l'intervention de façon élective dans des conditions contrôlées (ex. : intubation élective dans des conditions contrôlées avec un patient sous sédation plutôt qu'en catastrophe),
- réaliser ce genre d'intervention dans une pièce fermée idéalement à pression négative;

- le médecin ou l'infirmière responsable du patient doit informer immédiatement l'équipe de prévention des infections;
- signaler le cas à la direction régionale de santé publique.

De plus, on s'assurera que les travailleurs affectés aux soins des patients présentant un tableau clinique de MRS ou de grippe aviaire :

- ont reçu le vaccin contre la grippe saisonnière;
- ont reçu la formation sur les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection personnelle;
- surveillent l'apparition de symptômes (fièvre, toux, dyspnée) deux fois par jour à partir du moment du contact jusqu'à dix jours suivant le dernier contact étroit avec le cas.

Un travailleur de la santé qui développe de la fièvre (> 38°C) à la suite d'un contact avec un cas de MRS ou de grippe aviaire doit immédiatement limiter ses contacts avec les patients. Il doit avoir une évaluation appropriée et être retiré du travail en attendant les résultats. Si la fièvre est sans cause déterminée et qu'une grippe aviaire est suspectée, il devra être traité immédiatement avec de l'oseltamivir à doses thérapeutiques.

Pour plus d'informations sur les mesures à respecter en milieu de soins, voir les recommandations du CINQ résumées à l'annexe 5.

8 RECOMMANDATIONS POUR LES VOYAGEURS

Les sites suivants font une mise à jour régulière de toute situation pouvant être à l'origine d'une infection émergente ou ré émergente ayant un potentiel épidémique :

http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/prof_f.html

<http://www.who.int/en/index.html>

<http://www.cdc.gov/travel/>

CONCLUSION

Au regard des MRS, les DSP sont invitées à poursuivre avec leurs partenaires :

- les activités de vigie et de surveillance;
- l'implantation des mesures de prévention et de contrôle dans les milieux de soins;
- les activités de niveau régional prévues au volet santé publique du Plan québécois de lutte contre la pandémie d'influenza – Mission santé en fonction du niveau d'alerte actuel.

Le MSSS et ses partenaires sont actifs dans les mêmes secteurs d'intervention au niveau provincial. Plus précisément, le MSSS :

- surveille la situation provinciale, nationale et internationale de concert avec l'ASPC;
- élabore des outils adaptés à la situation épidémiologique et diffuse l'information pertinente;
- soutient les régions dans l'implantation des orientations et lignes directrices en matière de prévention des infections en milieu de soins.

Ce document sera mis à jour en fonction des nouvelles données scientifiques et de l'évolution de la situation épidémiologique.

ANNEXE 1 - OUTILS DE TRIAGE

Outils de triage

OUTIL DE TRIAGE MRS

Questions d'évaluation préliminaire à poser à tous les patients qui se présentent aux services d'urgence ou de consultation externe :

1. Avez-vous un problème de toux ou d'essoufflement qui est nouveau ou qui empire ?
2. Avez-vous de la fièvre (> 38°C) ou des frissons ?

Si réponse affirmative aux questions 1 et 2, appliquer l'étiquette respiratoire et les précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes.

Dans les dix jours qui ont précédé le début des symptômes :

3. Avez-vous séjourné dans une zone potentielle d'émergence ou de réémergence pour une MRS* ?
4. Avez-vous eu des contacts avec une personne malade qui a séjourné dans ces régions ?
5. Avez-vous eu une exposition à un animal (volaille, porc, oiseau sauvage) ou ses déjections dans une de ces régions ?
6. Avez-vous travaillé dans un CH où une enquête pour MRS est en cours ?
7. Êtes-vous un travailleur de laboratoire qui manipule des agents pathogènes émergents ?

Si réponse affirmative à l'une de ces questions, enquêter pour une MRS. Appliquer les précautions contre la transmission par voie aérienne.

* Pour plus d'informations, consulter le site Web de l'ASPC (www.phac-aspc.gc.ca/h5n1/index_f.html) et de l'OMS (www.who.int/csr/disease/avian_influenza/pandemic/fr/index.html).

OUTIL DE TRIAGE GRIPPE A(H5N1)

Patient se présentant avec le SAG sévère*

ET

lien épidémiologique dans les sept jours précédant l'apparition des symptômes (doit répondre à l'un des critères suivants) :

- séjour dans une région qui a signalé des cas d'infection ou de décès chez la volaille ou les oiseaux sauvages;
- contact étroit (moins de 1 m) avec un voyageur souffrant qui a séjourné dans une telle région.
 - **SAG** : apparition soudaine d'une maladie respiratoire avec fièvre et toux accompagnée de symptômes qui pourraient être attribuables au virus de l'influenza, soit mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration. Chez les enfants de moins de 5 ans, des symptômes gastro-intestinaux peuvent également se manifester. Chez les personnes de moins de 5 ans ou de plus de 65 ans, la fièvre peut ne pas être très importante;
 - Quant au **SAG sévère**, il s'accompagne de complications telles que pneumonie, SDRA, encéphalite ou autres complications susceptibles de mettre la vie en danger.

**ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE ÉPIDÉMIOLOGIQUE PROVINCIAL POUR UNE
MSR – GRIPPE AVIAIRE A(H5N1)**

Questionnaire épidémiologique provincial pour une MRS – grippe aviaire A(H5N1)

Numéro d'identification attribué par la région	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> □□–□□□□□□□□ </div> </div> (n° région) (n° attribué par la région)
Date de naissance : ____/____/____ (aa/mm/jj)	

Ce questionnaire permet de faire la surveillance des cas d'influenza aviaire A(H5N1). Les critères pour cette maladie sont définis dans le document recommandation de la DGSP du MSSS pour une surveillance rehaussée des MRS émergentes conduite à tenir au regard des cas possibles d'influenza aviaire A(H5N1).

Définition de cas	
Patient hospitalisé avec	Patient décédé (doit rencontrer tous les critères suivants)
<ul style="list-style-type: none"> Syndrome respiratoire aigu avec fièvre (> 38°C buccale) et toux ou difficultés à respirer (dyspnée). <p style="text-align: center;">ET</p> <ul style="list-style-type: none"> Preuves, sur une radiographie pulmonaire, d'infiltrats correspondant à une pneumonie, à un SDR ou à une autre MRS pour laquelle aucun diagnostic alternatif n'a pu être établi dans les 72 premières heures d'hospitalisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Histoire de maladie respiratoire aiguë fébrile inexpliquée (fièvre > 38°C buccale) et toux ou difficulté à respirer. <p style="text-align: center;">ET</p> <ul style="list-style-type: none"> Résultats d'autopsie correspondant à une pneumonie ou au SDR sans autre cause connue.
ET	
<p>Une ou plusieurs des expositions suivantes, dans les sept jours précédant le début des symptômes ou le décès :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) avoir été en contact étroit* avec un cas humain probable ou confirmé d'influenza aviaire H5N1; b) avoir été en contact (manipuler, abattre, déplumer, dépecer ou préparer pour consommation) avec de la volaille ou des oiseaux sauvages, vivants ou morts, leurs fientes ou leur environnement contaminé par des fientes dans une zone où des éclosions d'influenza aviaire A(H5N1) sont suspectées ou confirmées au cours du dernier mois chez des humains ou des animaux (volaille, oiseaux sauvages, etc.); c) avoir consommé des produits de volaille non suffisamment cuits dans une zone où des éclosions d'influenza aviaire A(H5N1) sont suspectées ou confirmées au cours du dernier mois chez des humains ou des animaux (volaille, oiseaux sauvages, etc.); d) avoir été en contact étroit avec un animal autre qu'aviaire (chat, porc ou autre) que l'on confirme infecté par le virus d'influenza aviaire A(H5N1); e) manipuler des prélèvements biologiques, d'origine animale ou humaine, infectés ou présumés infectés par le virus A(H5N1) (ex. : membre du personnel hospitalier (soignant ou non), travail en laboratoire). 	

* Voir la définition à la section 6.2.1.

Numéro d'identification attribué par la région

____-_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
(n° région) (n° attribué par la région)

Classification du cas

- | | | |
|--------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Cas suspect de grippe aviaire | Date : ____/____/____ (aa/mm/jj) |
| <input type="checkbox"/> | Cas probable de grippe aviaire
Précisez : _____ | Date : ____/____/____ (aa/mm/jj) |
| <input type="checkbox"/> | Cas confirmé de grippe aviaire | Date : ____/____/____ (aa/mm/jj) |
| <input type="checkbox"/> | Cas exclu (non retenu) | Date : ____/____/____ (aa/mm/jj) |
| <input type="checkbox"/> | Non joint | Date : ____/____/____ (aa/mm/jj) |

Définitions de cas

Cas suspect

Un individu qui répond aux critères de la définition de cas présentée à la p.1 de ce questionnaire.

Cas probable

Définition 1 : un individu qui répond aux critères de cas suspect de grippe A(H5N1) et pour qui un rapport de laboratoire a confirmé un virus influenza de type A, mais qui n'a pas été identifié comme étant un H5N1.

Définition 2 : un individu décédé d'une maladie respiratoire aiguë fébrile inexpliquée et qui a un lien épidémiologique (temps, lieu et exposition) avec un cas probable de grippe A(H5N1).

Cas confirmé

Définition 1 : un individu qui répond aux critères de cas suspect ou de cas probable et qui a eu des résultats positifs à l'un des deux tests suivants effectués par un laboratoire de référence (national, régional ou international) de l'influenza de l'OMS comme confirmant le virus A(H5N1) :

- isolement du virus en culture cellulaire;
- technique de RT-PCR (confirmé par un autre test de RT-PCR effectué sur échantillon).

Définition 2 : un cas suspect ou probable qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Cas exclu (non retenu)

Un cas suspect est exclu s'il ne correspond pas à la définition de cas ou si un autre diagnostic peut expliquer entièrement sa maladie. Ce cas ne doit pas faire l'objet d'une enquête. Un cas suspect est exclu si les résultats de l'investigation biologique sont négatifs (absence d'infection à influenza A(H5N1)).

PERSONNE QUESTIONNÉE

<input type="checkbox"/> Cas index	<input type="checkbox"/> Membre de la famille (précisez) _____
<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____

Numéro d'identification attribué par la région	_____ _____ _____ _____ _____ _____ (n° région) (n° attribué par la région)
--	---

SIGNALEMENT

Médecin déclarant : _____ Tél. : ____ - ____ Poste _____ Date de réception à la DSP : ____/____/____ (aa/mm/jj)	Établissement : _____ Tél. : ____ - ____ Poste : _____ Date de déclaration : ____/____/____ (aa/mm/jj)
Laboratoire déclarant : _____ Date de réception à la DSP : ____/____/____ (aa/mm/jj)	Laboratoire de référence : _____ Date de déclaration : ____/____/____ (aa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> LSPQ	<input type="checkbox"/> Autre : _____ N° de référence : _____

Numéro d'identification attribué par la région

|
 (n° région) (n° attribué par la région)

CONSULTATION MÉDICALE/HOSPITALISATION

Consultation médicale OUI NON

Le cas a-t-il été hospitalisé ? OUI NON NE SAIT PAS SOINS À DOMICILE

Nom de l'hôpital 1 : _____

Tél. : _____ - _____

Séjour à l'urgence OUI NON

Date d'entrée (aa/mm/jj)

Date de sortie (aa/mm/jj)

Date d'admission à l'étage _____/_____/_____

N° de chambre : _____

Chambre à pression négative OUI NON

Isolement respiratoire OUI NON

Séjour aux soins intensifs OUI NON

Nom de l'hôpital 2 : _____

Tél. : _____ - _____

Séjour à l'urgence OUI NON

Date d'entrée (aa/mm/jj)

Date de sortie (aa/mm/jj)

Date d'admission à l'étage _____/_____/_____

N° de chambre : _____

Chambre à pression négative OUI NON

Isolement respiratoire OUI NON

Séjour aux soins intensifs OUI NON

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	OUI	NON	INC
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjonctivite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunosuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres conditions médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : _____			

État vaccinal

Le patient a-t-il reçu le vaccin contre la grippe saisonnière cette saison ?

OUI NON INC

Si oui, date de vaccination (aa/mm/jj) : _____/_____/_____

Médication

Utilisation d'antiviraux OUI NON INC

Tamiflu^{MD} – Dose : _____ Relenza^{MD} – Dose : _____

Autres : _____ – Dose : _____

Raison de l'utilisation : Prévention (contact) Traitement (cas) Autre

Date du début de l'utilisation (aa/mm/jj) : _____/_____/_____

Numéro d'identification attribué par la région

|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 (n° région) (n° attribué par la région)

ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES

	Date du prélèvement (aa/mm/jj)	Type d'analyse (RT-PCR, culture, détection antigénique, sérologie)	Résultats (+, -, A, B, H, N)
<input type="checkbox"/> Aspiration nasopharyngée	_/_/ _/_/	_____	_____
<input type="checkbox"/> Écouvillonnage nasopharyngé	_/_/ _/_/	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sérum	_/_/ _/_/	_____	_____
<input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire	_/_/ _/_/	_____	_____
<input type="checkbox"/> Biopsie pulmonaire (si décès)	_/_/ _/_/	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)	_/_/ _/_/	_____	_____

EXPOSITION AU COURS D'UN VOYAGE

1. Dans les sept jours précédant le début des symptômes, la personne malade a-t-elle voyagé dans une zone où des cas d'influenza aviaire ont été signalés* ?

OUI, précisez : _____ NON (passez à la question 6) NE SAIT PAS

Pays visités (précisez les villes)	Date d'arrivée (aa/mm/jj)	Date de départ (aa/mm/jj)

2. Au cours de ce voyage, a-t-elle été en contact avec :

- | | | |
|--|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Des poulets | <input type="checkbox"/> OUI (voir les questions 9 à 11) | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Des porcs | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Des oiseaux sauvages | <input type="checkbox"/> OUI (voir les questions 9 à 11) | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____ | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

3. Au cours de ce voyage, a-t-elle été en contact avec :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| a) Un hôpital | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nom _____ |
| b) Un bureau de médecin | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nom _____ |
| c) Une personne présentant un syndrome d'allure grippale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS |

4. S'agissait-il d'un voyage organisé ?

OUI NON NE SAIT PAS

Si oui, nom du voyage ou de l'agence de voyages : _____

Si oui, a-t-elle été malade durant le voyage ? OUI NON NE SAIT PAS

* Pour connaître les zones d'influenza aviaire, consulter le site de l'Agence de la santé publique du Canada, à l'adresse (www.phac-aspc.gc.ca/h5n1/index_f.html).

Numéro d'identification attribué par la région

|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(n° région) (n° attribué par la région)

5. Si la personne a pris l'avion, a-t-elle été malade durant le vol ? OUI NON NE SAIT PAS

Si oui, donnez les informations suivantes sur le vol.

N° de vol	Compagnie	Durée	Siège	Ville de départ	Date du vol (aa/mm/jj)

EXPOSITION À DE LA VOLAILLE OU À DES OISEAUX SAUVAGES AU QUÉBEC

6. La personne malade a-t-elle eu des contacts directs avec de la volaille ou des oiseaux sauvages au Québec ?

Oui (voir les questions 9 à 11) NON

EXPOSITION À UNE AUTRE PERSONNE INFECTÉE

7. Dans les sept jours précédant le début de la maladie, la personne infectée a-t-elle eu un contact avec un cas de grippe aviaire ?

OUI NON (passez à la question suivante) NE SAIT PAS (passez à la question suivante)

Si oui, s'agissait-il :

D'un cas suspect D'un cas confirmé Ne sait pas

N° de cas, si connu : _____ Au Québec Hors Québec (précisez) _____

N° de téléphone, si connu : _____-_____

8. Dans les sept jours précédant le début de la maladie, la personne infectée a-t-elle été en contact étroit avec :

a) Une personne qui travaille dans un établissement de soins (soignant ou non) OUI NON NE SAIT PAS

b) Une personne qui a voyagé ou résidé dans une zone d'influenza aviaire* OUI NON NE SAIT PAS
Si oui, précisez la zone : _____

c) Un travailleur de laboratoire OUI NON NE SAIT PAS

d) Une personne qui vit ou travaille dans une ferme et qui a ou a eu des symptômes respiratoires ou oculaires OUI NON NE SAIT PAS

e) Un chasseur ou une personne qui, dans son travail, est en contact avec des porcs ou de la volaille et qui a, ou a eu, des symptômes respiratoires ou oculaires OUI NON NE SAIT PAS

* Pour connaître les zones d'influenza aviaire, consulter le site de l'Agence de la santé publique du Canada, à l'adresse suivante www.phac-aspc.gc.ca/h5n1/index_f.html.

Numéro d'identification attribué par la région

|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 (n° région) (n° attribué par la région)

11. À l'occasion des contacts avec la volaille ou les oiseaux sauvages, la personne portait-elle TOUJOURS un équipement de protection ?

Oui NON NE SAIT PAS

Si oui, précisez l'équipement utilisé :

Gants	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
Masque (chirurgical, de procédure, respiratoire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
Lunettes de protection	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
Lunettes de sécurité étanches	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
Survêtement jetable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
Bottes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS

OCCUPATION/MILIEU DE VIE

Si au travail :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire |
| <input type="checkbox"/> Travail avec des animaux vivants ou morts
(précisez) : _____ | <input type="checkbox"/> Autre,
précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Chasseur | |

INTERVENTIONS

Recherche de contacts Oui NON

Notification à :

Compagnie de transport Travail Contacts personnels Autres (précisez) : _____

Cas	OUI	NON	Date de début (aa/mm/jj)	Date de fin (aa/mm/jj)
Sous traitement antiviral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____
En isolement volontaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____

Numéro d'identification attribué par la région

|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(n° région) (n° attribué par la région)

DIAGNOSTIC ET ÉVOLUTION (à remplir sept jours après le début des symptômes)

Évolution pour cette maladie

- Récupération complète
 - Hospitalisation
 - Complications (précisez) : _____
 - Ne sait pas
 - Décès
- Amélioration et congé de l'hôpital
- Adresse de résidence _____
- Téléphone _____
- Date (aa/mm/jj) : _____ / _____ / _____

Causes (selon le certificat de décès) : _____

Résultats d'autopsie : _____

COMMENTAIRES

Signature de l'intervenant : _____ Date de l'entrevue (aa/mm/jj) : _____ / _____ / _____

Liste des contacts qui ont été exposés au virus de l'influenza aviaire ou à une autre MRS
 (Cette page contient des renseignements personnels nominatifs. À ne pas télécopier au MSSS.)

Date de l'entrevue : ___/___/___ (aa/mm/jj)	Date du début de la fièvre : ___/___/___ (aa/mm/jj)
Nom de l'intervenant : _____	

N° de contact	Nom de la personne	Âge	Sexe	Adresse	Téléphone	Type de contact*	Date d'exposition au cas index (aa/mm/jj)	Nombre de jours depuis l'exposition

* Types de contacts :

1. Contacts familiaux et autres contacts vivant sous le même toit qu'un cas suspect ou suspect probable).
2. Intervenants de santé directement en contact avec un cas suspect ou suspect probable.
3. Autre type de contact (avion, hôpital, etc.).
4. Personnes présentes dans un établissement de santé.

**ANNEXE 3 - QUESTIONNAIRE ÉPIDÉMIOLOGIQUE PROVINCIAL POUR UNE
MRS - SRAS**

Questionnaire épidémiologique provincial pour une MRS – SRAS

Numéro d'identification attribué par la province

|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro d'identification attribué par la région

|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|

(n° région) (n° MADDO dépersonnalisé)

Ce questionnaire permet de faire la surveillance des MRS, y compris le SRAS. Les critères pour cette maladie sont définis dans le document suivant : *Recommandations de la DGSP du MSSS pour le maintien d'une vigie continue au regard des MRS émergentes ou potentiellement associées au SRAS*

PATIENT HOSPITALISÉ OU QUI NÉCESSITERAIT UNE HOSPITALISATION

MALADIE RESPIRATOIRE SÉVÈRE

Fièvre > 38°C

Et

Toux ou difficultés à respirer

ET

Preuves, sur une radiographie pulmonaire, d'infiltrats correspondant à une pneumonie, ou à un SDRA ou à une encéphalopathie ou autres complications graves pouvant causer un décès

Résultats d'investigations préliminaires en laboratoire, en dedans de 72 h d'hospitalisation, qui ne peuvent confirmer aucun autre diagnostic que le SRAS ou un autre pathogène respiratoire émergent

OU

Une personne décédée, avec des résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du SDR sans cause connue

ET

Dans les dix jours précédant le début des symptômes ou le décès, avoir eu l'une des expositions à risque suivantes :

Séjour en Asie ou dans une autre zone potentielle d'émergence ou de réémergence de SRAS
(consulter le site Web www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sars-sras/prof_f)

Contact étroit avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie **et** des antécédents de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence, sans autre cause déterminée

Travail en laboratoire avec le CoV-SRAS

Membre du personnel hospitalier (soignant ou non)

CLASSIFICATION DU CAS

MRS non SRAS

Date : ___/___/___ (aa/mm/jj)

SRAS

Date : ___/___/___ (aa/mm/jj)

Cas sous enquête

Date : ___/___/___ (aa/mm/jj)

Cas suspect

Date : ___/___/___ (aa/mm/jj)

Cas confirmé

Date : ___/___/___ (a a/mm/jj)

Les cas non retenus ne doivent pas faire l'objet d'une enquête.

Cette page contient des renseignements confidentiels nominatifs. Elle doit être conservée à la DSP et ne doit pas être télécopiée au MSSS. Télécopier au MSSS les pages 2 à 12 du questionnaire, au n° 418 266-6708.

Numéro d'identification attribué par la province	_ _ - _ _ _ _ _ _ _
Numéro d'identification attribué par la région	_ _ - _ _ _ _ _ _ _
	(n° région) (n° MADO dépersonnalisé)

IDENTIFICATION DU CAS

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ (aa/mm/jj)	Âge : ____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Père, mère ou tuteur : _____	Date de l'épisode : ____/____/____ (aa/mm/jj)
N° dossier hôpital : _____	N° d'assurance maladie : _____
Adresse : _____	_ _ _ _ _ _ _
(n°) (rue) (ville) (province)	(code postal)
Tél. domicile : ____-____	Tél. travail : ____-____ Autre tél. : ____-____
Personne contact : _____	
(nom) (prénom) (lien) (tél.)	

PERSONNE QUESTIONNÉE

<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Membre de la famille (précisez) _____
<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____

SIGNALEMENT

Médecin déclarant : _____	Établissement : _____
Tél. : ____-____	Poste : _____
Date de réception à la DSP : ____/____/____ (aa/mm/jj)	Date de déclaration : ____/____/____ (aa/mm/jj)
Laboratoire déclarant : _____	Tél. : ____ Poste : _____
Date de réception à la DSP : ____/____/____ (aa/mm/jj)	Date de déclaration : ____/____/____ (aa/mm/jj)
Laboratoire de référence : <input type="checkbox"/> LSPQ	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Date de déclaration : ____/____/____ (aa/mm/jj)	N° de référence : _____

Numéro d'identification attribué par la province	_ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _
Numéro d'identification attribué par la région	_ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _
	(n° région) (n° MADO dépersonnalisé)

À REMPLIR PAR SANTÉ CANADA	
Date de réception : ___/___/___ (aa/mm/jj)	N° d'identification : _____

À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE PROVINCIAL	
Date du rapport initial : ___/___/___ (aa/mm/jj)	Date de mise à jour du rapport : ___/___/___ (aa/mm/jj)
(Si le questionnaire est mis à jour, SVP le retransmettre au MSSS.)	
Province qui rapporte la situation : _____	

Âge : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Région socio sanitaire : _____
-------------	--	--------------------------------

CLASSIFICATION DES CAS	
<input type="checkbox"/> MRS excluant SRAS	Date : ___/___/___ (aa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> SRAS	Date : ___/___/___ (aa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Cas sous enquête investigation	Date : ___/___/___ (aa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Cas suspect	Date : ___/___/___ (aa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Cas confirmé	Date : ___/___/___ (aa/mm/jj)

SECTION 1

HISTOIRE DE LA MALADIE						
Début de la maladie (début des symptômes) : ___/___/___ (aa/mm/jj)						
		OUI	NON	INC*	Date de début	Durée
Symptômes généraux						
Fièvre > 38°C (T maximum notée _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Myalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Malaise (fatigue importante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Conjonctivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Symptômes respiratoires						
Toux <input type="checkbox"/> sèche <input type="checkbox"/> productrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Détresse respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Symptômes digestifs						
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____
Éruptions cutanées						
Autres (spécifiez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___/___/___	_____

* : Inconnu

Numéro d'identification attribué par la province _____

Numéro d'identification attribué par la région _____

(n° région) (n° MADO dépersonnalisé)

CONSULTATION MÉDICALE/HOSPITALISATION

Consultation médicale OUI NON (passez à la section Antécédents médicaux)

Si oui, où ? _____

Nom du médecin : _____ Tél. : _____ - _____

Le patient a-t-il été hospitalisé ? OUI NON NE SAIT PAS

Nom de l'hôpital 1 : _____ Tél. : _____ - _____

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date d'entrée (aa/mm/jj)	Date de sortie (aa/mm/jj)
Séjour à l'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
N° de chambre	_____			
Chambre à pression négative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
Isolement respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
Séjour aux soins intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
Sous ventilateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___

Nom de l'hôpital 2 : _____ Tél. : _____ - _____

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date d'entrée (aa/mm/jj)	Date de sortie (aa/mm/jj)
Séjour à l'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
N° de chambre	_____			
Chambre à pression négative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
Isolement respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
Séjour aux soins intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___
Sous ventilateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	OUI	NON	INC	Vaccinations antérieures	OUI	NON	INC
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grippe saisonnière _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Problèmes rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médication			
Conjonctivite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisation d'antiviraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunosuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Tamiflu ^{MD} ou amantadine)			
Autres conditions médicales (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raison de l'utilisation : _____			
				Date du début d'utilisation (aa/mm/jj) : ___/___/___			

Numéro d'identification attribué par la province

□□□-□□□□□□□□

Numéro d'identification attribué par la région

□□□-□□□□□□□□

(n° région) (n° MADDO dépersonnalisé)

ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES

Nom du laboratoire : _____

	Date du prélèvement (aa/mm/jj)	Type d'analyse	Résultats
<input type="checkbox"/> Sang	___/___/___	Hémoculture	_____
<input type="checkbox"/> Sérum précoce	___/___/___	Détection par EIA ou par IFA	_____
<input type="checkbox"/> Sérum tardif	___/___/___	Détection par EIA ou par IFA	_____
<input type="checkbox"/> Sérum	___/___/___	Coronavirus RT-PCR	_____
<input type="checkbox"/> Nasopharyngé	___/___/___	Culture virale	_____
<input type="checkbox"/> Nasopharyngé	___/___/___	Culture pour <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	_____
<input type="checkbox"/> Nasopharyngé	___/___/___	<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>	_____
<input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire ou aspiration endo-trachéale	___/___/___		_____
<input type="checkbox"/> Culture conjonctivale	___/___/___		_____
<input type="checkbox"/> Selles	___/___/___	Microscopie électronique	_____
<input type="checkbox"/> Selles	___/___/___	Culture virale	_____
<input type="checkbox"/> Autre culture (précisez)	___/___/___	_____	_____
<input type="checkbox"/> LCR	___/___/___	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autres	___/___/___	_____	_____
<input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire	___/___/___	_____	_____
<input type="checkbox"/> Si décès, échantillon pulmonaire	___/___/___	_____	_____
<input type="checkbox"/> Si décès, échantillon hépatique	___/___/___	_____	_____

Numéro d'identification attribué par la province	_ _ - _ _ _ _ _ _ _
Numéro d'identification attribué par la région	_ _ - _ _ _ _ _ _ _ (n° région) (n° MADO dépersonnalisé)

EXPOSITIONS À UNE PERSONNE INFECTÉE

1. Dans les dix jours précédant le début de la maladie, la personne infectée a-t-elle eu un contact avec un cas de SRAS ou de MRS ?

- OUI
 NON (passez à la question suivante)
 NE SAIT PAS (passez à la question suivante)

Si oui, s'agissait-il :

- D'un cas confirmé de SRAS
 D'un cas suspect de SRAS
 D'un cas de MRS
 Ne sait pas

N° de cas si connu : _____ Au Québec Hors Québec (précisez) : _____

N° de téléphone si connu : _____ - _____

2. Dans les dix jours précédant le début de la maladie, la personne infectée a-t-elle été en contact étroit avec :

- a) Une personne qui travaille dans un établissement de soins OUI NON NE SAIT PAS
- b) Une personne qui a voyagé dans une zone d'émergence ou de réémergence du SRAS ou dans une région du Canada touchée par le SRAS*
 OUI (précisez la zone) : _____ NON NE SAIT PAS
- c) Un travailleur de laboratoire OUI NON NE SAIT PAS
- d) Une personne en rapport avec plusieurs cas liés de MRS ou de SRAS dans un hôpital OUI NON NE SAIT PAS

VOYAGE

3. Dans les dix jours précédant le début des symptômes, la personne a-t-elle séjourné dans une de zone d'émergence ou de réémergence du SRAS* ?

- Oui
 NON (passez à la section Occupation/Milieu de vie)
 NE SAIT PAS

Si oui, donnez les informations suivantes.

Pays visités	Hôtels	Date d'arrivée (aa/mm/jj)	Date de départ (aa/mm/jj)

* Pour connaître les zones d'émergence ou de réémergence du SRAS, consulter le site Web de Santé Canada, à l'adresse suivante www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/sars-sras/prof_f.

Numéro d'identification attribué par la province	_ _ - _ _ _ _ _ _ _ _
Numéro d'identification attribué par la région	_ _ - _ _ _ _ _ _ _ _
	(n° région) (n° MADO dépersonnalisé)

4. Au cours de ce voyage, a-t-elle été en contact avec :

a) Un hôpital OUI NON

b) Le bureau d'un médecin OUI NON

c) Une personne présentant un syndrome d'allure grippale OUI NON

d) Une personne présentant de la toux OUI NON

5. S'agissait-il d'un voyage organisé ?

OUI NON NE SAIT PAS

Si oui, précisez le type de voyage :

Adoption Tourisme Affaires Autre (précisez) : _____

Si oui, la personne a-t-elle été malade durant le voyage ? OUI NON NE SAIT PAS

6. Si la personne a pris l'avion, a-t-elle été malade durant le vol ?

OUI NON NE SAIT PAS

Si oui, donnez les informations suivantes sur le vol.

N° de vol	Compagnie	Durée	Siège	Ville de départ	Date du vol (aa/mm/jj)

Numéro d'identification attribué par la province	_ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _
Numéro d'identification attribué par la région	_ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _
	(n° région) (n° MADO dépersonnalisé)

OCCUPATION/MILIEU DE VIE

Si au travail : Travailleur de la santé Travailleur de laboratoire
 Travail avec animaux (précisez) : _____ Autre : _____

Étudiant
 Retraité
 Service de garde
 Centre d'accueil

INTERVENTIONS

Recherche de contacts OUI NON

Notification à :

Compagnie de transport Travail Contacts personnels Autres (précisez) : _____

Patient	OUI	NON	Date de début (aa/mm/jj)	Date de fin (aa/mm/jj)
Sous traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_/_/_/____	_/_/_/____
En isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_/_/_/____	_/_/_/____
Autosurveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_/_/_/____	_/_/_/____

DIAGNOSTIC ET ÉVOLUTION

Évolution pour cette maladie

Récupération complète Amélioration et congé de l'hôpital
 Hospitalisation Décès Date (aa/mm/jj) : ____/____/____
 Ne sait pas

Causes (selon le certificat de décès) :

Résultats d'autopsie :

Numéro d'identification attribué par la province

|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro d'identification attribué par la région

|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|

(n° région) (n° MADO dépersonnalisé)

Commentaires

Signature de l'intervenant : _____ Date de l'entrevue (aa/mm/jj) : ___/___/___

Numéro d'identification attribué par la région

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(n° région) (n° MADO dépersonnalisé)

Liste des contacts qui ont été exposés au SRAS ou à une MRS

Date de l'entrevue : ____/____/____ (aa/mm/jj)

N° MADO : _____

Nom de l'intervenant : _____

Date du début de la fièvre : ____/____/____ (aa/mm/jj)

N° de contact	Nom de la personne	Âge	Sexe	Adresse	Téléphone	Type de contact*	Date d'exposition au cas index (aa/mm/jj)	Nombre de jours depuis l'exposition

Types de contacts :

1. Contacts familiaux et autres contacts vivant sous le même toit qu'un cas suspect ou suspect probable).
2. Intervenants de santé directement en contact avec un cas suspect ou suspect probable.
3. Autre type de contact (avion, hôpitaux, etc.).
4. Personnes présentes dans un établissement de santé.

ANNEXE 4 - FACTEURS DE RISQUE POUR LA RÉSURGENCE DU SRAS

Facteurs de risque pour la résurgence du SRAS

Catégorie de risque	Définition
Exposition à un animal	<p>Les comtés et régions du sud de la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative spéciale de Hong Kong identifiés en 2002-2003 comme étant à l'origine de l'écllosion de SRAS</p> <p>OU</p> <p>Les régions où il y a risque accru de transmission du CoV-SRAS (ou ses variantes) de l'animal à l'homme*.</p>
Exposition à un laboratoire	Les pays ou régions à risque accru pour l'émergence ou l'introduction du SRAS en raison de la présence de laboratoires où le virus est étudié et où des spécimens cliniques contenant le virus sont entreposés.
Exposition due à un voyage	Les pays ou régions qui accueillent un grand nombre de personnes venant de régions où la présence du CoV-SRAS (ou ses variantes) est signalée.
Faible	Les pays ou régions qui n'ont jamais rapporté de cas de SRAS durant l'écllosion de 2002-2003 et qui n'ont pas de laboratoires faisant de la recherche sur le virus ou sur des spécimens cliniques.

* Une étude réalisée en 2006 par Wang et autres montre que les chauves-souris de la famille des rhinolophidés (fer à cheval) retrouvées en Asie et particulièrement en Chine sont des porteurs sains de virus très apparentés au CoV-SRAS. Environ 40 % des chauves-souris étudiées étaient porteuses d'anticorps d'un virus proche à 92 % du coronavirus du SRAS. Le virus aurait besoin d'infecter un hôte animal (comme la civette des palmiers et le chien viverrin) avant de pouvoir infecter l'homme.

**ANNEXE 5 - PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES POUR LES CAS SUSPECTS
DE MRS EN MILIEU DE SOINS**

Précautions additionnelles pour les cas suspects de MRS en milieu de soins (influenza aviaire H5N1 ou autre pathogène émergent ou ré émergent ex. : SRAS)

<p>Des précautions additionnelles pour la prévention et le contrôle de la transmission des MRS émergentes ou ré émergentes sont justifiées puisqu'aucune information ne nous permet d'en connaître le mode de transmission, ni les micro-organismes en cause.</p> <p>Ces précautions sont également requises auprès des cas suspects de grippe aviaire tant que le mode de transmission interhumaine du virus demeure incertain, qu'il existe une possibilité de mutation ou de réassortiment génétique du virus actuel générant une souche capable de se transmettre de façon soutenue entre humains, ou que des souches du virus sont associées à une morbidité et à une mortalité élevées.</p>	
Précautions additionnelles	Contact + aérienne + protection oculaire
Hébergement	<ul style="list-style-type: none"> • Chambre à pression négative si disponible sinon hébergement en chambre individuelle (avec lavabo et toilette non partagés), porte fermée en tout temps • Une affiche explicative placée à la porte de la chambre indique les mesures à prendre
Équipement de protection personnelle (facilement accessible en tout temps)	<ul style="list-style-type: none"> • Blouse à manches longues* • Appareil respiratoire de type N95 certifié NIOSH • Gants non stériles à usage unique (doivent être bien ajustés et recouvrir les poignets)* • Protection oculaire (lunettes protectrices étanches ou écran facial)* • Hygiène des mains : lavage des mains avec savon antiseptique ou utilisation de rince-mains à base d'alcool après le retrait des gants. Ne pas utiliser le lavabo dans la chambre du patient • Former l'ensemble du personnel sur le port de l'équipement de protection <p>* À mettre avant d'entrer dans la chambre et à enlever avant de sortir.</p>
Matériel et équipement réservés à l'usage du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre • Nettoyer et désinfecter le matériel et l'équipement avant de les utiliser pour un autre patient.
Désinfection de l'environnement (entretien ménager)	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer et désinfecter l'environnement au moins une fois par jour avec un détergent germicide approuvé pour usage hospitalier. Porter une attention particulière aux surfaces fréquemment touchées, qui doivent être nettoyées plus souvent • Nettoyer et désinfecter la chambre après le départ des patients
Déplacements du patient à l'extérieur de la chambre	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter à l'essentiel les déplacements du patient à l'extérieur de la chambre • Informer le service visé de l'arrivée du patient afin que soient appliquées les mesures recommandées et d'éviter que le patient attende dans une pièce avec d'autres patients • 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 lavage des mains est également requis avant chaque déplacement à l'extérieur de la chambre

Précautions additionnelles pour un cas suspect de MRS en milieu de soins (suite)

Vaisselle et ustensiles	<ul style="list-style-type: none"> Suivre les procédures habituelles 	
Buanderie	<ul style="list-style-type: none"> Suivre les procédures habituelles 	
Déchets	<ul style="list-style-type: none"> Recueillir et éliminer les déchets médicaux contaminés conformément aux procédures de l'établissement ou aux règlements en vigueur pour la manipulation et l'élimination des déchets biomédicaux 	
Visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> Procéder au triage des visiteurs. S'ils présentent des symptômes de maladie respiratoire, ils doivent être considérés comme des cas possibles et orientés pour évaluation médicale Limiter le plus possible le nombre de visiteurs Informer les visiteurs sur les risques de transmission et les mesures recommandées (port de l'équipement de protection personnelle et hygiène des mains) 	
Durée des précautions additionnelles	<p>Grippe aviaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> personne de plus de 12 ans : dès l'admission jusqu'à sept jours après la disparition de la fièvre Enfants \leq 12 ans : dès l'admission jusqu'à 21 jours après le début des symptômes 	<p>SRAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> dès l'admission jusqu'à 10 jours après la disparition de la fièvre sans médicament antipyrétique
Manipulation des dépouilles	<ul style="list-style-type: none"> Porter l'équipement de protection personnelle jusqu'à ce que la dépouille soit recouverte d'un drap ou disposée dans un linceul imperméable 	
Travailleurs affectés aux soins et au soutien des cas suspects	<ul style="list-style-type: none"> Limiter le plus possible le nombre de travailleurs qui entrent dans la chambre du patient Tenir un registre des travailleurs qui ont été en contact avec le patient à l'entrée de la chambre Vacciner le personnel contre la grippe saisonnière Dépister les symptômes de maladie respiratoire aiguë (fièvre, mal de gorge, toux et difficultés respiratoires) chez le personnel avant chaque quart de travail, pour toute la durée du contact et jusqu'à dix jours après le dernier contact 	

Mesures recommandées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 2008.

Adapté de :

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007), *Avian Influenza, Including Influenza A (H5N1), in Humans: WHO Interim Infection Control Guideline for Health Care Facilities*, [En ligne]. www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/infectioncontrol1/en.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2003), *Précautions visant à prévenir la transmission des infections respiratoires par de grosses gouttelettes et par contact. Guide de prévention des infections en l'absence d'éclosion de SRAS lorsqu'une personne se présente dans un établissement de santé avec une infection respiratoire*, [En ligne]. www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/pdf/sars-icg-nonoutbreak_f.pdf.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2004). *Interim Recommendations for Infection Control in Health-Care Facilities Caring for Patients with Known or Suspected Avian Influenza*, [En ligne]. www.cdc.gov/flu/avian/professional/pdf/infectcontrol.pdf.

ANNEXE 6 - PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

Partage des responsabilités

Centre hospitalier

- Signale à la DSP les cas correspondant aux définitions de cas de MRS potentiellement associée au SRAS et de grippe aviaire A(H5N1).
- Procède à l'évaluation du cas selon le protocole proposé par le LSPQ.
- Identifie les contacts étroits du cas (patients et travailleurs).
- Assure le suivi des travailleurs exposés (par l'entremise du bureau de santé);
- Avise la DSP si un patient-contact reçoit son congé avant la fin de la période d'observation.

Direction de santé publique

- Complète l'enquête épidémiologique afin de confirmer la présence d'une exposition à risque. Si confirmation d'une exposition à risque, la DSP identifie les contacts dans la communauté (visiteurs du cas en CH, contacts domiciliaires) et en assure le suivi.
- Assure le suivi des patients-contacts qui reçoivent leur congé et retournent dans la communauté.
- Si cas sporadique en CH, signale le cas à la DPSP et procède à une enquête afin de déterminer si d'autres cas similaires sont associés à ce CH.
- Si le cas de MRS potentiellement associée au SRAS a été gravement malade (en raison de sa maladie respiratoire) au cours d'un voyage en avion, avise la DPSP pour la demande du manifeste de l'avion auprès de Santé Canada.

Direction de la protection de la santé publique du MSSS

- Avise les régions du signalement d'un cas résidant sur leur territoire (si hospitalisation du cas dans une autre région).
- Avise l'ensemble des régions si une éclosion de MRS potentiellement associée au SRAS est signalée dans un CH.
- Avise Santé Canada des cas répondant à ses critères de signalement.
- Si le cas de MRS potentiellement associée au SRAS a été gravement malade (en raison de sa maladie respiratoire) au cours d'un voyage en avion, avise l'agent de quarantaine ou le CMIU de Santé Canada afin d'obtenir le manifeste de l'avion.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). *Détection précoce des infections respiratoires émergentes et ré émergentes par la surveillance des maladies respiratoires*, [En ligne].

[\[www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/pdf/02-Protocol-de-surveillance-MRS_f.pdf\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/pdf/02-Protocol-de-surveillance-MRS_f.pdf).

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). *Problèmes de santé humaine liés à l'influenza aviaire au Canada*, [En ligne].

[\[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/daio-enia/pdf/nat-ai-guide-2006_f.pdf\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/daio-enia/pdf/nat-ai-guide-2006_f.pdf).

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2003b). *Précautions visant à prévenir la transmission des infections respiratoires par de grosses gouttelettes et par contact. Guide de prévention des infections en cas d'écllosion de SRAS quelque part dans le monde lorsqu'une personne se présente dans un établissement de santé avec une infection respiratoire*, [En ligne].

[\[www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/pdf/sars-icg-outbreakworld_f.pdf\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/pdf/sars-icg-outbreakworld_f.pdf).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2004). *Interim Recommendations for Infection Control in Health-Care Facilities Caring for Patients with Known or Suspected Avian Influenza*, [En ligne].

[\[www.cdc.gov/flu/avian/professional/pdf/infectcontrol.pdf\]](http://www.cdc.gov/flu/avian/professional/pdf/infectcontrol.pdf).

COMITÉ CANADIEN DE LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE D'INFLUENZA ET GROUPES DE TRAVAIL ASSOCIÉS (2006). *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé*, [En ligne].

[\[www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/pdf-f/PCLCPI-2006_f.pdf\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/pdf-f/PCLCPI-2006_f.pdf).

COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LES MESURES DE PRÉCAUTION CONTRE LE SRAS (2004). *Orientations sur les mesures collectives et recommandations sur les mesures individuelles de prévention du SRAS pour les travailleuses et travailleurs de la santé du Québec*, Rapport final, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 71 p.

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (2006). *Mesures de prévention et de contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels*, [En ligne].

[\[www.inspq.qc.ca/pdf/publications/495-MesuresInfluenzaPandemique.pdf\]](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/495-MesuresInfluenzaPandemique.pdf).

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (2004). *Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins*, [En ligne].

[\[www.inspq.qc.ca/pdf/publications/564-StrategieGlobalePrevention2004\(CINQ\).pdf\]](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/564-StrategieGlobalePrevention2004(CINQ).pdf).

FAUVEL, Micheline, et COUILLARD, Michel (2006). *Lignes directrices à l'intention des cliniciens et des laboratoires du Québec sur l'utilisation des épreuves de laboratoire pour les virus influenza*, [En ligne].

[\[www.inspq.qc.ca/pdf/publications/557-InfluenzaLignesDirectricesCliniciens.pdf\]](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/557-InfluenzaLignesDirectricesCliniciens.pdf).

LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE (1999). « Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 25, suppl. 4, p. 1-157, [En ligne].

[\[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99pdf/cdr25s4f.pdf\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99pdf/cdr25s4f.pdf).

- WANG, Lin-Fa, et autres (2006). « Review of bats and SARS », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 12, n° 12, décembre, p. 1834-1840, [En ligne]. [www.cdc.gov/ncidod/eid/vol12no12/pdfs/06-0401.pdf].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006a). *WHO Guidelines for Investigation of Human Cases of Avian Influenza A (H5N1), on Clinical Management of Humans Infected by Influenza A(H5N1)*, [En ligne]. [www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2006_4r1.pdf].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006b). *Avian Influenza, Including Influenza A(H5N1), in Humans: WHO Interim Infection Control Guideline for Health Care Facilities*, [En ligne]. [www.wpro.who.int/NR/ronlyres/EA6D9DF3-688D-4316-91DF-5553E7B1DBCD/0/InfectionControlAInhumansWHOInterimGuidelinesfor2b_0628.pdf].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006c). *WHO Case Definitions for Human Infections with Influenza A (H5N1) Virus*, [En ligne]. [www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/case_definition2006_08_29/en/index.html].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004a). *WHO Guidelines for the Global Surveillance of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*, [En ligne]. [www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_ARO_2004_1.pdf].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004b). *WHO SARS Risk Assessment and Preparedness Framework*, [En ligne]. [www.who.int/csr/resources/publications/CDS_CSR_ARO_2004].
- THE WRITING COMMITTEE OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) CONSULTATION ON HUMAN INFLUENZA A/H5 (2005). « Avian influenza A (H5N1) infection in humans », *The New England Journal of Medicine*, vol. 353, n° 13, 29 septembre, p. 1374-1385, [En ligne]. [content.nejm.org/cgi/reprint/353/13/1374.pdf].

www.msss.gouv.qc.ca