



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Lignes directrices

Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Octobre 2013

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTION

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

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

Danielle Goulet, Centre hospitalier universitaire de Québec

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

Sandra Savery, Centre de santé et de services sociaux des Sommets

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

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

SOUS LA COORDINATION DE

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Le comité souhaite remercier docteure Rodica Gilca, médecin spécialiste et épidémiologiste à l'Institut national de santé publique du Québec, et monsieur Christophe Garenc, chercheur d'établissement et épidémiologiste à l'Institut national de santé publique du Québec, pour leurs précieux conseils.

MISE EN PAGES

Murielle St-Onge, Institut national de santé publique du Québec



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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-69155-6 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-69156-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ)¹

Membres actifs

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

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

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

Charles Frenette, Centre hospitalier universitaire de santé McGill

Christophe Garenc, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Goulet, Centre hospitalier universitaire de Québec

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

Yves Longtin, Hôpital général juif de Montréal

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

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

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

Isabelle Rocher, Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

Membres d'office

Marc Dionne, Institut national de santé publique du Québec

Cécile Tremblay, Laboratoire de santé publique du Québec (ou représentant : Simon Lévesque)

Membres de liaison

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

Danielle Auger, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, (ou représentante : Madeleine Tremblay)

¹ Membres du comité au moment de l'approbation du présent document (10 octobre 2013).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 DÉFINITIONS	2
2 PRÉCISIONS SUR LES MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE ÉCLOSION MAJEURE DE GRIPPE NOSOCOMIALE.....	4
2.1 Mesures administratives.....	4
2.2 Mesures de prévention et contrôle	5
2.3 Travailleurs de la santé	6
2.4 Hygiène et salubrité.....	6
3 CRITÈRES DE FERMETURE AUX ADMISSIONS D'UNE UNITÉ DE SOINS EN SITUATION D'ÉCLOSION MAJEURE	7
RÉFÉRENCES	8
ANNEXE 1 EXEMPLES DE CALCUL DE L'INCIDENCE (CH ET CR) ET DU TAUX D'ATTAQUE (CHSLD) EN SITUATION D'ÉCLOSION.....	9
ANNEXE 2 LISTE DES MESURES À METTRE EN PLACE EN SITUATION D'ÉCLOSION ET D'ÉCLOSION MAJEURE	12

INTRODUCTION

Malgré la mise en place de mesures de prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins, des éclosions de grippe nosocomiale surviennent occasionnellement. Certaines de ces éclosions sont si sévères que la fermeture aux nouvelles admissions dans les unités de soins touchées et la suspension des transferts sont requises ce qui peut avoir d'importants impacts notamment sur l'accessibilité aux soins.

Le présent document apporte des précisions aux recommandations existantes dans l'objectif de guider les milieux de soins touchés par une éclosion majeure de grippe nosocomiale dans la prise en charge de la situation afin de tenter de limiter la fermeture des unités de soins touchées et de maintenir l'accessibilité aux soins. À moins d'une situation exceptionnelle, une approche par étapes est proposée avant que ne soit envisagée la fermeture d'une unité lors d'une éclosion majeure.

Il est à noter qu'aucune étude recensée ou autre recommandation officielle n'a abordé l'efficacité de l'application de mesures de contrôle d'une éclosion en fonction de l'importance de l'éclosion. Cependant, l'efficacité des mesures recommandées dans ce document pour contrôler la transmission de l'influenza a été démontrée dans divers contextes, habituellement utilisées en combinaison. La présente approche découle donc principalement d'avis d'experts du domaine de la prévention et du contrôle des infections.

Il s'agit d'un **document complémentaire** aux recommandations du Comité sur les infections nosocomiales (CINQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur la prévention de la transmission de l'influenza. Les présentes mesures prévalent, si toutefois il y avait divergence entre celles-ci et les mesures mentionnées dans l'une des références suivantes :

- Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé (en voie de publication). Guide d'intervention : Grippe saisonnière en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Prévention, surveillance et contrôle;
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec (2012). Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, Institut national de santé publique du Québec, Québec, section 4.

Ce document est destiné aux équipes de prévention et contrôle des infections des centres hospitaliers (CH), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des centres de réadaptation (CR) du Québec, ainsi qu'aux directions concernées des milieux de soins, des agences et du ministère.

Ce document se divise en trois principales sections : la première porte sur les définitions, la deuxième apporte des précisions sur les mesures à appliquer lors d'éclosions majeures, et la troisième énonce les critères sur lesquels les équipes doivent se baser pour déterminer si la fermeture d'une unité aux admissions et transferts est requise. Un outil d'application se retrouve en annexe.

1 DÉFINITIONS

Cas suspect ou cas de syndrome d'allure grippale (SAG)

Personne présentant le tableau clinique de grippe sans que le diagnostic ne soit confirmé par laboratoire.

Cas confirmé de grippe

Personne dont le diagnostic de l'infection a été confirmé par un test de laboratoire. En situation d'éclosion, les cas suspects ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé sont comptabilisés avec les cas confirmés pour les fins d'enquête épidémiologique et de mise en place des mesures de prévention et contrôle.

Éclosion de grippe nosocomiale²

- *...survenue de deux cas nosocomiaux ou plus de grippe confirmés (d'un même type d'influenza A ou B) parmi les patients ou résidents, liés épidémiologiquement. De plus, une confirmation par TAAN chez au moins un cas est requise pour confirmer une éclosion de grippe.*
- *Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un lien temporel et géographique peut expliquer une transmission entre les cas. Par exemple, la survenue d'au moins un nouveau cas nosocomial en 10 jours sur la même unité de soins représente un lien épidémiologique.*

Éclosion persistante

Apparition de nouveaux cas nosocomiaux malgré l'application rigoureuse de mesures de prévention et contrôle depuis plus de 72 heures. L'éclosion persistante se distingue de l'éclosion majeure par un faible taux d'attaque, par exemple lorsqu'un faible nombre de cas continuent à apparaître malgré les mesures en place et que ceux-ci sont hébergés dans des chambres géographiquement éloignées et/ou qu'ils sont espacés dans le temps.

Exemple : éclosion de grippe nosocomiale ayant impliqué trois cas géographiquement rapprochés dans une unité de soins, à l'intérieur de cinq jours et apparition d'un nouveau cas de grippe nosocomiale dans une autre section de l'unité, huit jours suivant l'apparition des symptômes chez le dernier cas.

Éclosion majeure de grippe nosocomiale

Une éclosion de grippe nosocomiale est considérée majeure en présence de l'une de ces conditions :

- Gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidity, létalité);

² Comité sur les infections nosocomiales du Québec (2012). *Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, p.27.

- Taux d'attaque ou incidence élevés³ de **cas nosocomiaux** parmi les patients ou les résidents de l'unité :
 - ≥ 20 % le jour du signalement de l'éclosion;
 - ≥ 5 % quotidiennement à partir du jour 4 de l'éclosion, ce qui traduit la survenue de plusieurs nouveaux cas malgré l'application rigoureuse de toutes les mesures de prévention et contrôle recommandées, depuis plus de 72 heures.

Incidence (CH et CR)

Nombre de nouveaux cas d'infection apparus dans une population définie pendant une période donnée (Last J.M., 2004).

Dans le cas d'une éclosion de grippe nosocomiale, l'incidence est utile pour mesurer l'importance de la transmission de l'infection pour une période donnée dans un milieu de soins de courte durée (CH) ou un milieu ouvert, caractérisé par des départs et des admissions réguliers et fréquents (exemple : CR). L'incidence quotidienne se calcule dès le début de l'éclosion, au jour 4 de l'éclosion, et quotidiennement par la suite. Veuillez vous référer à l'annexe 1 pour avoir un exemple de calcul de l'incidence quotidienne en situation d'éclosion.

Taux d'attaque (CHSLD)

En épidémiologie, le taux d'attaque correspond au rapport du nombre de nouveaux cas de la maladie survenus pendant la période d'éclosion divisé par la population à risque de développer la maladie pendant cette même période (Ancelle, 2011).

En situation d'éclosion de grippe nosocomiale, le taux d'attaque est utile lorsqu'on souhaite évaluer la sévérité de la situation dans un milieu où la population demeure la même, comme en CHSLD. En effet, cette population est considérée fermée, puisque les départs et les admissions sont peu fréquents dans une même unité. Cet indicateur se calcule dès le début de l'éclosion, au jour 4 de l'éclosion, et quotidiennement par la suite. Veuillez vous référer à l'annexe 1 pour avoir un exemple de calcul du taux d'attaque en situation d'éclosion.

³ Peu d'informations sont disponibles dans la littérature pour établir un seuil à partir duquel le taux d'attaque ou l'incidence sont suffisamment élevés pour considérer qu'une éclosion est majeure.

Selon l'Agence de santé publique du Canada, un taux d'attaque de 15 % d'influenza de type A dans la population en général serait considéré comme une épidémie bénigne, et un taux d'attaque de 35 % correspondrait à une épidémie de sévérité moyenne (Agence de santé publique du Canada, 2006).

Selon PIDAC (Provincial Infectious Disease Advisory Committee (PIDAC), 2013), lorsque l'influenza circule en communauté, le taux d'infections cliniques dans la population en général varie de 10 % à 30 %. Dans les populations fermées, comme en CHSLD, ce taux peut dépasser 50 %.

2 PRÉCISIONS SUR LES MESURES À APPLIQUER EN PRÉSENCE D'UNE ÉCLOSION MAJEURE DE GRIPPE NOSOCOMIALE

A moins d'une situation exceptionnelle⁴, la mise en place de mesures de prévention et contrôle en situation d'éclosion devrait se faire selon une approche par étape. Ainsi, en début d'éclosion, lorsque peu de cas sont impliqués, l'application de l'ensemble des mesures recommandées devrait suffire à contrôler la situation. Le nombre de nouveaux cas nosocomiaux devrait alors diminuer dès 72 heures suivant l'application de l'ensemble des mesures.

Lorsque l'éclosion devient majeure (voir définition), des mesures supplémentaires, plus exigeantes doivent être appliquées, comme la prophylaxie des patients ou des résidents à large échelle. C'est alors qu'il devient pertinent d'envisager la fermeture d'une unité, selon les critères proposés à la section 3.

Les recommandations existantes présentent l'ensemble des mesures de prévention et contrôle d'une éclosion, sans nécessairement distinguer les mesures à appliquer en situation d'éclosion majeure. Cette section apporte donc des précisions ou des ajouts aux recommandations existantes pour le contrôle d'une éclosion majeure en CH, CR ou CHSLD. Un outil facilitant l'application des mesures en début d'éclosion et en éclosion majeure est disponible à l'annexe 2.

2.1 MESURES ADMINISTRATIVES

- S'assurer de la mise en place d'un comité de gestion d'éclosion, dont fait partie le directeur général ou son représentant, jusqu'à la fin de l'éclosion. Ajuster sa composition selon l'ampleur de la situation. Le rôle du comité sera notamment de :
 - collaborer à la gestion de l'éclosion;
 - suivre l'évolution de la situation;
 - soutenir l'application des mesures et des ajustements requis.
- Veiller à ce qu'il y ait un rehaussement du nombre de travailleurs dans l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de prévention et contrôle, ceci comprenant les préposés et le personnel attitré à l'hygiène et à la salubrité.
- Suspendre les activités réalisées par les bénévoles à moins que les bénéfices de la réalisation de ces activités soient supérieurs aux risques encourus, tels qu'évalués par l'équipe de PCI.
- Mettre en place les mesures requises pour que les stagiaires soient vaccinés et aient les informations requises pour collaborer au contrôle de la situation, ou suspendre les stages dans l'unité de soins.

⁴ Exemple de situations exceptionnelles : éclosion qui répond à la définition d'éclosion majeure avec un taux d'attaque ou une incidence suffisamment élevés pour justifier la fermeture d'emblée d'une unité; éclosion majeure dans une unité de patients vulnérables; etc.

- Restreindre la circulation dans l'unité au personnel requis pour les soins et services.
- Restreindre l'accès aux visiteurs : n'accepter que les visiteurs qui se présentent pour raisons humanitaires ou qui participent aux soins et qui respectent rigoureusement les mesures de prévention, selon l'équipe soignante.
- Réaliser au moins une rencontre avec le personnel de tous les quarts de travail, adaptée à chaque titre d'emploi. Les rencontres du personnel devraient comprendre minimalement les éléments suivants (Timen A. *et al.*, 2010) :
 - un tableau clair de la situation (nombre de cas, mesures appliquées jusqu'au moment de la rencontre, efficacité, etc.);
 - des discussions sur les problèmes rencontrés depuis la mise en place des mesures à la suite de l'identification de l'éclosion et sur les solutions possibles;
 - la rapidité de détection des cas potentiels et d'application des mesures de prévention et contrôle sont des éléments clés dans le contrôle de la transmission. Chaque membre du personnel, quel que soit son titre d'emploi, doit savoir reconnaître les cas potentiels et connaître le rôle attendu selon sa fonction pour le contrôle de la situation;
 - un énoncé précis des objectifs à atteindre (exemple : aucun nouveau cas 72 heures suivant l'application de l'ensemble des mesures; augmentation du taux de couverture vaccinale contre l'influenza chez le personnel pour atteindre minimalement 80 %);
 - l'identification des ressources à qui se référer pour l'application de mesures ou autres questions, au besoin;
 - les risques inhérents au travail dans une unité en éclosion majeure d'influenza, les mesures de prévention à appliquer pour leur propre protection ainsi que les informations pertinentes sur l'utilisation des antiviraux.
- Procéder à une évaluation ponctuelle de l'application des mesures recommandées à tous les quarts de travail (audits). Notamment, vérifier que les mesures de prévention et contrôle sont appliquées systématiquement dès qu'un cas est suspecté, en attendant la confirmation du diagnostic.

2.2 MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE

- Évaluer cas par cas la durée d'isolement de chaque personne considérant que la période de contagiosité peut être prolongée dans certains cas, ou établir d'emblée une durée d'isolement plus longue pour tous les cas infectés. Exemple :
 - adopter une durée d'isolement de 7 jours suivant le début des symptômes pour les personnes les plus vulnérables de l'unité ou encore adopter cette conduite pour tous les cas de l'unité.
- Restreindre les déplacements de tous les patients hors de leur chambre (sauf pour des raisons médicales) pendant les premières 72 heures de l'éclosion majeure. Par la suite, réévaluer quotidiennement la nécessité de maintenir cette mesure.
- Débuter l'administration d'une prophylaxie antivirale à large échelle auprès des patients et des résidents.

- Mettre en place des cohortes de patients infectés, de contacts et des autres patients et admettre les nouveaux patients dans la cohorte de patients qui correspond à leur statut.
- Cohorter le personnel attiré à chaque catégorie de patients (infectés, contacts, non infectés).
- Admettre dans l'unité en priorité les patients qui ont été vaccinés depuis plus de 14 jours contre l'influenza (si la souche en circulation est contenue dans le vaccin).
- Maintenir l'admission de nouveaux patients : les informer de la situation et leur offrir la prophylaxie antivirale.

2.3 TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

- S'assurer que tous les travailleurs non vaccinés ont accès à la vaccination.
- Prophylaxie antivirale :
 - en CHSLD : offrir la prophylaxie antivirale à l'ensemble des travailleurs de la santé selon les indications;
 - en CH et CR :
 - o offrir la prophylaxie antivirale aux travailleurs de la santé à risque selon les indications cliniques;
 - o considérer offrir la prophylaxie antivirale à l'ensemble des travailleurs de la santé selon les indications.
- Le personnel non vacciné et le personnel nouvellement vacciné, pendant les 14 jours suivant la vaccination, doivent porter un masque pour les soins donnés aux patients symptomatiques ou non. Cette mesure est particulièrement importante pour la protection des patients lorsque l'influenza circule dans l'unité et en communauté.

2.4 HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

- Nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées (*High touch*) et les surfaces à risque élevé de contamination des chambres et aires communes minimalement une fois par jour.

3 CRITÈRES DE FERMETURE AUX ADMISSIONS D'UNE UNITÉ DE SOINS EN SITUATION D'ÉCLOSION MAJEURE

La décision de fermer ou non une unité aux admissions et de suspendre ou non les transferts doit se prendre par le comité responsable de la gestion de l'éclosion.

La fermeture d'une unité aux admissions ou aux transferts peut être nécessaire dès le début d'une éclosion ou quelques jours plus tard. Les critères permettant d'établir s'il y a lieu de suspendre ou non les admissions sont les suivants :

- Intensité de l'éclosion établie par le taux d'attaque ou l'incidence **des cas nosocomiaux** parmi les patients ou les résidents :
 - en début d'éclosion (jour de signalement de l'éclosion) : lorsque le taux d'attaque ou l'incidence se situe à 30 % ou plus;
 - à partir du jour 4 de l'éclosion : lorsque l'un ou l'autre se situe à 10 %, calculé quotidiennement.
- Vulnérabilité de la clientèle qui séjourne dans l'unité en éclosion (exemples : risque de complications graves comme chez les patients de l'unité d'oncologie, les patients greffés ou les femmes enceintes).
- Gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidity, létalité).
- Taux d'absentéisme élevé chez les travailleurs de la santé affectés par l'influenza risquant de compromettre la sécurité des soins.

En cours d'éclosion, lorsque les admissions n'ont pas été suspendues, la nécessité de fermer une unité aux admissions doit être réévaluée quotidiennement en fonction des critères mentionnés ci-haut.

Il est à noter que la fermeture d'une unité aux admissions n'implique pas nécessairement la suspension des transferts à partir de l'unité en éclosion vers une autre unité ou dans un autre milieu de soins. Lorsque les admissions sont suspendues, une évaluation de la pertinence de maintenir l'unité fermée doit être réalisée au moins une fois par jour. Les admissions pourraient reprendre lorsqu'une diminution du taux d'attaque ou de l'incidence a été observée pendant plus de 48 heures.

RÉFÉRENCES

Agence de santé publique du Canada (2006). Contexte. In *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).

Ancelle, T. (2011). *Statistique épidémiologie*. (3ème édition ed.) Paris : Maloine.

Last J.M. (2004). *Dictionnaire d'épidémiologie*. Edisem.

Provincial Infectious Disease Advisory Committee (PIDAC) (2013). Annex B: Best practices for Prevention of Transmission of Acute Respiratory Infection in All Healthcare settings. In Public Health Ontario.

Timen A., Hulscher M.E., Rust L., Van Steenberger J.E., Akkermans R.P., Grol R.P. *et al.* (2010). Barriers to implementing infection prevention and control guidelines during crisis: experiences of health care professionals. *Am J Infect Control* 38[9], 726-733.

ANNEXE 1

EXEMPLES DE CALCUL DE L'INCIDENCE (CH ET CR) ET DU TAUX D'ATTAQUE (CHSLD) EN SITUATION D'ÉCLOSION

EXEMPLE DE CALCUL DE L'INCIDENCE (CH ET CR)

Le calcul de l'incidence proposé ici donne une estimation de l'importance de l'écloſion et permet de vérifier l'efficacité des mesures de prévention et contrôle⁵. **Ce calcul doit se faire seulement avec les cas de grippe nosocomiale répertoriés chez les patients.**

L'importance de l'écloſion se mesure dès le début (jour du signalement de l'écloſion). L'efficacité des mesures de prévention et contrôle se mesure au jour 4 de l'écloſion puisqu'il est considéré que les cas qui surviennent au cours des jours 2 et 3 sont des cas qui auraient acquis l'influenza avant que les mesures de PCI appropriées aient été appliquées. Ils étaient donc en incubation au début de l'écloſion.

A titre d'exemple, l'incidence quotidienne des cas de grippe nosocomiale au jour 4 de l'écloſion se calcule ainsi :

$$\begin{array}{l} \text{Incidence des cas de grippe} \\ \text{nosocomiale chez les patients au} \\ \text{jour 4 de l'écloſion} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Nombre de nouveaux cas de grippe} \\ \text{nosocomiale chez les patients au} \\ \text{jour 4 de l'écloſion} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Nombre de patients à risque présents dans} \\ \text{l'unité au jour 4 de l'écloſion} \end{array}}$$

Dans cet exemple, le nombre de patients à risque présents dans l'unité correspond au nombre de patients présents dans l'unité.

Nombre de lits dans l'unité : 40 Taux d'occupation : 100 %	Jour du signalement de l'écloſion	Jour 2 de l'écloſion	Jour 3 de l'écloſion	Jour 4 de l'écloſion
Nombre de nouveaux cas nosocomiaux chez les patients	2	6	4	1
Nombre de patients dans l'unité	40	40	40	40
Incidence quotidienne	$(2/40) \times 100 =$ 5 %	$(6/40) \times 100 =$ 15 %	$(4/40) \times 100 =$ 10 %	$(1/40) \times 100 =$ 5 3,3 %

$$\begin{array}{l} \text{Incidence quotidienne des cas de} \\ \text{grippe nosocomiale chez les patients} \\ \text{au jour 4 de l'écloſion} \end{array} = \frac{1}{40} = 3,3 \%$$

⁵ Ce calcul est valable en présence des trois hypothèses suivantes :

- Le taux d'occupation de l'unité est de 100 %;
- Une nouvelle admission remplace chacun des départs;
- On considère que tous les patients étaient à risque de contracter l'influenza au début de l'écloſion.

Exemple de calcul du taux d'attaque (CHSLD)

Le calcul du taux d'attaque donne une estimation de l'importance de l'écloſion. Dans une population fermée, il permet également de vérifier l'efficacité des mesures de prévention et contrôle. Dans la situation d'une écloſion de grippe nosocomiale, le calcul doit se faire seulement avec les cas de grippe nosocomiale répertoriés chez les résidants.

L'importance de l'écloſion se mesure dès le début (jour du signalement de l'écloſion). L'efficacité des mesures de prévention et contrôle se mesure au jour 4 de l'écloſion puisqu'il est considéré que les cas qui surviennent au cours des jours 2 et 3 sont des cas qui auraient acquis l'influenza avant que les mesures de PCI appropriées aient été appliquées. Ils étaient donc en incubation au début de l'écloſion.

A titre d'exemple, le taux d'attaque quotidien des cas de grippe nosocomiale au jour 4 de l'écloſion se calcule ainsi :

$$\text{Taux d'attaque} = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas}}{\text{Population à risque pendant l'écloſion}}$$

La population à risque correspond au nombre de résidants qui séjournent dans l'unité auquel on soustrait les résidants atteints de grippe.

Nombre de lits dans l'unité : 50 Taux d'occupation : 100 %	Jour du signalement de l'écloſion	Jour 2 de l'écloſion	Jour 3 de l'écloſion	Jour 4 de l'écloſion
Nombre de nouveaux cas nosocomiaux chez les résidants	2	6	4	1
Nombre de résidants dans l'unité	50	50	50	50
Taux d'attaque quotidien	$(2/50) \times 100 = 4 \%$	$(6/48) \times 100 = 12,5 \%$	$(4/42) \times 100 = 9,5 \%$	$(1/38) \times 100 = 2,6 \%$

Exemple : Calcul du taux d'attaque de la grippe nosocomiale dans une unité de CHSLD, au jour 4 de l'écloſion :

$$\begin{array}{l} \text{Taux d'attaque de la grippe} \\ \text{nosocomiale chez les résidants au} \\ \text{jour 4 de l'écloſion} \end{array} = \frac{1}{38} = 2,6 \%$$

ANNEXE 2

LISTE DES MESURES À METTRE EN PLACE EN SITUATION D'ÉCLOSION ET D'ÉCLOSION MAJEURE

ÉTAPES DE PRISE EN CHARGE D'UNE ÉCLOSION DE GRIPPE SAISONNIÈRE NOSOCOMIALE EN CH, CHSLD ET CR⁶

Cet outil intègre l'ensemble des mesures à appliquer lorsque l'éclosion est confirmée ainsi que celles à ajouter lorsque l'éclosion progresse et devient une éclosion majeure.

ÉCLOSION SUSPECTÉE

Mesures à appliquer

- ☐ Mettre en place les précautions contre la transmission par gouttelettes et contact dans la chambre d'un patient symptomatique ou à moins de 2 mètres de celui-ci.
- ☐ Surveiller l'apparition de symptômes chez les patients et le personnel pour appliquer les mesures requises dès l'apparition d'un SAG.
- ☐ Insister sur l'application rigoureuse des pratiques de base.

ÉCLOSION CONFIRMÉE

En plus des mesures précédemment décrites

- ☐ Calculer le taux d'attaque (CHSLD) ou l'incidence (CH et CR) et établir s'il s'agit d'une éclosion majeure ou non :
 - éclosion non majeure : appliquer les mesures suivantes; recalculer le taux d'attaque ou l'incidence au jour 4 suivant l'application de toutes les mesures;
 - éclosion majeure : appliquer les mesures suivantes ainsi que celles de la liste « éclosion majeure » et réévaluer la situation quotidiennement à partir du jour 4.
- ☐ Mettre en place un comité de gestion d'éclosion.
- ☐ Faire une recherche de contacts étroits significatifs incluant les patients qui auraient été transférés dans une autre unité; appliquer les précautions requises pour les 72 heures suivant le dernier contact avec le cas de grippe.
- ☐ Aviser les médecins traitants des contacts étroits significatifs pour faire évaluer la nécessité d'offrir une prophylaxie antivirale sur une base individuelle.
- ☐ Offrir la vaccination aux patients pour lesquels elle est indiquée.
- ☐ Surveiller l'apparition de symptômes chez la clientèle et le personnel de l'unité pour appliquer rapidement les précautions requises.
- ☐ Envisager la possibilité qu'une personne vulnérable soit atteinte d'une grippe lorsqu'elle présente une détérioration de son état général même si son tableau clinique ne correspond pas parfaitement à celui d'un cas de SAG.
- ☐ Éviter les mouvements de personnel d'une unité en éclosion vers une unité exempte d'éclosion jusqu'à 72 heures suivant la fin de l'éclosion.

⁶ Adapté de :

- Comité sur les infections nosocomiales du Québec (2012). Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- TCNMI – Guide d'intervention 2013.

- ☐ Mettre en place des cohortes de personnel attitrées aux groupes de patients en fonction de leur statut (symptomatiques, contacts étroits en période d'incubation, autres).
- ☐ Si le transfert d'un patient est requis, aviser l'unité d'accueil ou le milieu de soins receveur du statut du patient.
- ☐ Lors du transfert d'un patient de l'unité en éclosion vers une autre unité, mettre en place les précautions requises pendant 72 heures à moins qu'il ait eu la grippe et que sa période de contagiosité soit terminée.
- ☐ En CH, restreindre les déplacements hors de la chambre de tous les patients, vaccinés ou non, pendant toute la durée de l'éclosion.

Prise en charge des patients symptomatiques

- ☐ Appliquer les précautions contre la transmission par gouttelettes et contact dans la chambre du patient ou à moins de 2 mètres de celui-ci jusqu'à 5 jours suivant le début des symptômes pour les adultes et 7 jours pour les enfants.
- ☐ Faire évaluer la nécessité d'offrir un traitement antiviral aux cas symptomatiques.
- ☐ Séparer si possible les cas symptomatiques des contacts étroits significatifs.
- ☐ Faire des cohortes de cas atteints d'un même type d'influenza au besoin.
- ☐ Maintenir une distance de 2 mètres entre deux cas suspects qui ne peuvent séjourner en chambre individuelle ou maintenir les rideaux fermés.
- ☐ Restreindre les transferts de tous les patients vaccinés ou non sur d'autres unités de soins.
- ☐ Si le patient doit sortir de sa chambre pour une nécessité médicale, lui demander de porter un masque chirurgical s'il peut le tolérer et de procéder à l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre.
- ☐ Interdire la participation de toute personne symptomatique aux activités de groupe, aux repas en commun et aux sorties à l'extérieur de l'unité, pendant toute la période de contagiosité.
- ☐ En CHSLD et en CR, les résidents asymptomatiques d'une unité en éclosion ne devraient pas circuler sur d'autres unités qui ne sont pas en éclosion.

Prise en charge du personnel

- ☐ Informer le personnel sur les mesures à respecter à la suite d'un contact significatif ou s'ils développent un SAG.
- ☐ Faire une relance de la vaccination.
- ☐ Le personnel non vacciné et le personnel nouvellement vacciné, pendant les 14 jours suivant la vaccination, doivent porter un masque pour les soins donnés aux patients symptomatiques ou non. Cette mesure est particulièrement importante pour la protection des patients lorsque l'influenza circule dans l'unité et en communauté⁷.
- ☐ Privilégier l'utilisation des antiviraux en traitement plutôt qu'en prophylaxie si indiqués, sauf lorsque le risque pour le travailleur de la santé le justifie, selon le médecin traitant.
- ☐ Assurer un suivi rigoureux de l'apparition des symptômes chez le personnel.
- ☐ Travailleurs asymptomatiques ayant eu un contact significatif avec un cas de grippe : surveiller l'apparition des symptômes jusqu'à 72 heures suivant le dernier contact.
- ☐ Travailleurs symptomatiques : aviser le service de santé et sécurité au travail et le supérieur immédiat.

⁷ Bien qu'au moment de la rédaction de ces lignes directrices cette mesure n'avait pas fait l'objet d'une discussion pour adoption au comité de la TCNMI chargé de la rédaction des recommandations pour les CHSLD, le Cinq est d'avis que cette mesure devrait être appliquée en CH, en CR et en CHSLD.

- ☐ Le service de santé et sécurité au travail pourra retirer des soins aux patients les travailleurs de la santé qui développent un SAG, vaccinés ou non, jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes, idéalement jusqu'à 5 jours suivant le début des symptômes.

Nouvelles admissions

- ☐ Regrouper les nouvelles admissions sur une aile, une section d'aile ou un bout de l'unité.
- ☐ Informer les nouveaux patients de la situation et leur offrir la prophylaxie antivirale selon le risque.

Visiteurs

- ☐ S'assurer de l'application des mesures de prévention et contrôle par les visiteurs.
- ☐ Les visiteurs symptomatiques doivent s'abstenir de visiter un proche pendant leur période de contagiosité (sauf pour raisons humanitaires).

Communications

- ☐ Placer un affichage à l'entrée de l'unité.
- ☐ Aviser le personnel de la situation et faire des suivis réguliers sur l'évolution de la situation.
- ☐ Informer le personnel sur les mesures à mettre en place et sur leur rôle pour le contrôle de la situation.
- ☐ Informer les patients et les visiteurs de la situation et des mesures à respecter.
- ☐ Aviser les secteurs clés de l'organisation, la direction de santé publique et l'agence de la santé et des services sociaux.

ÉCLOSION MAJEURE

En plus des mesures précédemment décrites

- ☐ Ajuster la composition du comité de gestion d'éclosion en fonction de l'ampleur de la situation au besoin.
- ☐ Rehausser le nombre de travailleurs dans l'unité pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures requises.
- ☐ Suspendre les activités réalisées par les bénévoles.
- ☐ Suspendre les stages ou mettre en place des mesures requises pour la poursuite de ces activités.
- ☐ Restreindre la circulation dans l'unité au personnel requis pour les soins et services.
- ☐ Évaluer la conformité de l'application rigoureuse des mesures en place avec celles recommandées (audits) à tous les quarts de travail.
- ☐ Envisager qu'un autre agent pathogène puisse être en cause ou qu'une résistance aux antiviraux est apparue.
- ☐ Informer les patients nouvellement admis de la situation et leur offrir la prophylaxie antivirale.
- ☐ Suivre l'évolution de l'incidence (CH et CR), ou du taux d'attaque (CHSLD) : calculer les taux quotidiennement à partir du jour 4 suivant l'application de toutes les mesures de prévention et contrôle.
- ☐ Envisager la fermeture temporaire de l'unité aux admissions. La décision de fermer l'unité aux nouvelles admissions doit se prendre par le comité de gestion d'éclosion (voir critères plus bas).

Mesures de prévention et contrôle

- ☐ Offrir la prophylaxie antivirale à large échelle aux patients ou résidents.

- ☐ Ajuster la durée d'isolement selon le risque que la période de contagiosité soit plus longue que la période moyenne.
- ☐ Restreindre les déplacements de tous les patients ou résidents hors de leur chambre (sauf pour des raisons médicales) pendant les premières 72 heures de l'éclosion majeure. Par la suite, réévaluer quotidiennement la nécessité de maintenir cette mesure.

Visiteurs

- ☐ N'accepter que les visiteurs qui se présentent pour raisons humanitaires ou qui participent aux soins et qui respectent rigoureusement les mesures de prévention, selon l'équipe soignante.

Communications

- ☐ Réaliser au moins une rencontre avec le personnel de tous les quarts de travail, adaptée à chaque titre d'emploi pour les informer de la situation et explorer avec lui les éléments qui pourraient optimiser les mesures de prévention.
- ☐ Aviser les secteurs clés de l'organisation, la direction de santé publique et l'agence de la santé et des services sociaux.
- ☐ Envisager faire une communication avec les médias.

Travailleurs de la santé

- ☐ S'assurer que tous les travailleurs non vaccinés ont eu accès à la vaccination.
- ☐ Offrir la prophylaxie antivirale à l'ensemble des travailleurs de la santé selon les indications.

Hygiène et salubrité

- ☐ Nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées (*High touch*) et les surfaces à risque élevé de contamination des chambres et aires communes minimalement une fois par jour.

CRITÈRES DE FERMETURE D'UNE UNITÉ AUX ADMISSIONS EN SITUATION D'ÉCLOSION MAJEURE

Les critères permettant d'établir s'il y a lieu de suspendre ou non les admissions sont les suivants :

- ☐ Intensité de l'éclosion établie par le taux d'attaque ou l'incidence :
 - en début d'éclosion (jour de signalement de l'éclosion) : lorsque que le taux d'attaque ou l'incidence se situe à 30 % ou plus;
 - à partir du jour 4 de l'éclosion : lorsqu'il se situe à 10 %, calculé quotidiennement,
- ☐ Vulnérabilité de la clientèle qui séjourne dans l'unité en éclosion (exemples : risque de complications graves comme chez les patients de l'unité d'oncologie, les patients greffés ou les femmes enceintes);
- ☐ Gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidity, létalité);
- ☐ Taux d'absentéisme élevé chez les travailleurs de la santé affectés par l'influenza risquant de compromettre la sécurité des soins.

En cours d'éclosion, lorsque les admissions n'ont pas été suspendues, la nécessité de fermer une unité aux admissions doit être réévaluée quotidiennement en fonction des critères mentionnés ci-haut.

Il est à noter que la fermeture d'une unité aux admissions n'implique pas nécessairement la suspension des transferts à partir de l'unité en éclosion vers une autre unité ou dans un autre milieu de soins. Lorsque les admissions sont suspendues, une évaluation de la pertinence de maintenir l'unité fermée doit être réalisée au moins une fois par jour. Les admissions pourraient reprendre lorsqu'une diminution du taux d'attaque ou de l'incidence a été observée pendant plus de 48 heures.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

