



AVIS

Retrait préventif de la travailleuse enceinte en lien avec la grippe pandémique A(H1N1) 2009

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

AUTEURS

Jean-François Boivin, M.D., Sc. D.

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

Stéphane Caron, M.D., président du CMPH-PMSD, médecin-conseil

Équipe Santé au travail, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord/Direction de santé publique

Michel Couillard, Ph. D., microbiologiste, directeur adjoint

Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de la santé publique du Québec

Agathe Croteau, M.D., Ph. D., médecin-conseil

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de la santé publique du Québec

Philippe De Wals, M.D., président du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), médecin-conseil

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de la santé publique du Québec

Rodica Gilca, M.D., médecin-conseil

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de la santé publique du Québec

Anne Kimpton, M. Sc., agente de planification, programmation et recherche

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de la santé publique du Québec

Maurice Poulin, M.D., M. Sc., médecin, chef d'unité scientifique

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de la santé publique du Québec

Bernard Pouliot, M.D., M. Sc., médecin-conseil

Équipe Santé au travail, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent

MISE EN PAGES

Elena Madrid, agente administrative

Institut national de la 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 2009

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-57362-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2009)

Les recommandations formulées dans le présent document proviennent d'avis d'experts et se fondent sur l'épidémiologie et les connaissances actuelles sur la souche émergente de la grippe pandémique A(H1N1) 2009. Elles se basent également sur les connaissances actuelles des risques pour les femmes enceintes atteintes d'une infection par le virus de la grippe saisonnière et des pandémies antérieures. De plus, elles tiennent compte des recommandations de différents organismes internationaux et de la littérature pertinente. Ces recommandations si acceptées prennent effet et sont valides pour toute la durée épidémique décrite dans le présent document.

Contexte

L'émergence de la grippe pandémique A(H1N1) 2009 met en évidence la nécessité de se questionner sur les mesures à mettre en place pour protéger la population et surtout les groupes de la population plus susceptibles de souffrir de complications sévères suite à l'infection. Comparativement à l'influenza saisonnière, l'infection touche davantage les personnes plus jeunes et semble entre autres toucher plus sévèrement les femmes enceintes.

À partir d'observations des pandémies antérieures et d'études chez les femmes enceintes qui ont été infectées par l'influenza saisonnière, des évidences démontrent que l'influenza peut être plus sévère chez les femmes enceintes (CDC, 30 juin 2009). En effet, durant les pandémies antérieures, les femmes enceintes, par ailleurs en santé, présentent une augmentation de la mortalité et de la morbidité suite à l'infection par le virus de l'influenza A comparativement aux autres femmes (Freeman, 1959; Harris, 1919; Nuzum, 1976). Durant les épidémies d'influenza saisonnière, on note une augmentation des hospitalisations à partir du deuxième trimestre de la grossesse et pour les femmes ayant des facteurs de risque quelque soit le stade de la grossesse.

Bien que les connaissances soient parcellaires sur cette nouvelle souche d'influenza, les diverses instances gouvernementales et organismes reconnaissent que les femmes enceintes constituent un groupe de population à risque. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2009), les femmes dans leur deuxième et troisième trimestre de grossesse sont considérées à haut risque de complications liées au virus pandémique A(H1N1) 2009. D'ailleurs, le 31 juillet 2009, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fait état d'un risque accru d'atteinte sévère ou mortelle chez la femme enceinte infectée par le virus pandémique A(H1N1) 2009.

Des complications sévères chez les femmes enceintes et les nourrissons ont été rapportées depuis le début de la pandémie (CDC, 30 juin 2009; Jamieson, 2009; MSSS, 21 juillet 2009). Par ailleurs, de plus en plus d'études et de cas de femmes enceintes investiguées sont en cours.

Dans le contexte pandémique actuel, il demeure donc important de documenter et d'évaluer le risque d'acquisition du virus de la grippe pandémique A(H1N1) 2009 par les femmes enceintes dans leurs différents milieux de travail à partir des connaissances les plus récentes. Il faudra aussi évaluer l'impact de la disponibilité du vaccin en regard de nos recommandations.

Le présent avis fait mention des recommandations pour les différents milieux de travail. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a diffusé des recommandations spécifiques pour les milieux de soins et les milieux scolaires. Les recommandations suivantes concernent le maintien en emploi, l'affectation ou le retrait des femmes enceintes en regard du programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD) qui prévoit le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite conformément à l'article 40 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST)¹.

Un comité d'experts de différents domaines de la santé publique tels la santé et sécurité au travail, l'immunisation, l'épidémiologie et la surveillance, a été formé pour émettre des recommandations sur ce sujet. À partir d'une revue non exhaustive de la littérature, l'avis des experts comprend une interprétation des articles pertinents.

¹ Pour plus d'informations, veuillez vous référer à l'article de la LSST disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html.

Constats

Dans la situation actuelle de la souche émergente de la grippe pandémique A(H1N1) 2009, le comité d'experts émet les constats suivants :

- L'OMS a déclaré la phase 6 d'alerte à la pandémie depuis le 11 juin 2009 (Chan, 2009) et le Québec fait partie des régions touchées, la deuxième vague vient de débuter et s'étend dans plusieurs régions du Québec.
- En période d'épidémie, toutes les personnes ayant des contacts fréquents et rapprochés avec un nombre important de personnes du public sont à risque accru de contracter l'influenza (OSHA, 2009).
- Pour les milieux de soins, le CINO (2009) définit un contact comme significatif si la personne se trouve à moins de deux mètres d'une personne malade pour une durée d'exposition dépassant trente minutes cumulative². Cela pourrait s'apparenter à un indicateur d'un contact rapproché et prolongé.
- Selon les connaissances actuelles, la période de contagiosité pour les cas de virus pandémique A(H1N1) est de 24 heures avant l'apparition des symptômes jusqu'à un minimum de 7 jours suivant l'apparition des symptômes. La contagiosité est maximale en présence de symptômes.
- L'épidémiologie actuelle montre que la majorité des cas de la grippe pandémique A(H1N1) sont bénins. Quelques mortalités ont été enregistrées chez les jeunes. Les publications récentes font état d'une augmentation progressive de la sévérité avec l'âge (Kumar, 2009) surtout du risque du décès (ANZIC Influenza Investigators, 2009), mais aussi d'une petite proportion de cas sévères (y compris décès) chez des jeunes en bonne santé sans facteurs de risque connus (Kumar, 2009; ANZIC Influenza Investigators, 2009; Jain, 2009; CDC, juin 2009; Rello, 2009; Australia and New Zeland Extracorporeal Membrane Oxigenation Influenza Investigators, 2009). Certains groupes sont plus à risque, dont les femmes enceintes.

- Il n'y a aucune évidence scientifique à l'effet que la grossesse est un facteur de risque supérieur d'acquisition de l'influenza tant saisonnière que pandémique.
- Pour les travailleuses dans leur premier trimestre de grossesse, sur la base des connaissances en regard de l'influenza saisonnière, peu d'effets ont été documentés. Cependant, le virus pandémique A(H1N1) 2009 est un nouveau virus; on ne connaît pas les risques pour l'embryon ou la poursuite de la grossesse.
- Au Québec, environ 80 laboratoires disposent de tests rapides pour le diagnostic de l'influenza A. La moitié de ces laboratoires font partie du réseau des laboratoires sentinelles et compile les données sur le nombre et le pourcentage de tests positifs sur une base hebdomadaire.
- Dans le cadre de la pandémie 2009, 9 laboratoires désignés et le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) sont en mesure de confirmer la présence du virus de l'influenza A(H1N1) 2009 pour l'ensemble de la province; le nombre et le pourcentage de tests positifs sont compilés sur une base quotidienne.
- Les données de surveillance de laboratoire ont permis de déterminer la fin de la première vague. Compte tenu de l'expérience acquise lors des épidémies saisonnières, il pourrait être possible de statuer sur la fin de la 2^e vague.

En ce qui concerne les vaccins :

- Les vaccins contre l'influenza pandémique qui sont ou seront distribués au Canada ont été autorisés en fonction de résultats d'études d'immunogénicité. Aucun des protocoles expérimentaux déjà réalisés ou en cours n'inclut des femmes enceintes.
- À ce jour, nous ne disposons d'aucune information concernant la protection clinique conférée par les différents vaccins pandémiques.
- Les vaccins pandémiques qui sont ou seront distribués au Canada induisent l'apparition d'anticorps chez pratiquement tous les adultes en bonne santé et la proportion de vaccinés qui atteignent des niveaux d'anticorps considérés comme protecteur est de l'ordre de 90 %. Il est possible que les femmes enceintes répondent un peu moins bien aux vaccins pandémiques que des personnes du même âge en santé du fait de l'inhibition physiologique de la fonction immunitaire associée à la grossesse, mais il n'y a aucune donnée à cet égard.

² « Cette période de temps est établie sur la base de l'expérience clinique. Elle peut être plus longue si le tableau clinique est peu marqué, et plus courte en présence d'une personne gravement atteinte, lorsque le tableau clinique est à son paroxysme et que cette personne ne peut contenir ses sécrétions. » (CINO, 2009).

- Les seuils de protection qui sont mentionnés dans les monographies des vaccins ont été établis sur la base d'études faites avec des vaccins influenza saisonniers. Il faut être prudent avec l'interprétation d'un seuil de protection, car cela ne signifie pas que toutes les personnes qui ont des concentrations en anticorps inférieures au seuil sont à risque de faire la maladie et toutes les personnes qui ont des concentrations en anticorps supérieures au seuil sont protégées. Au niveau individuel, il existe probablement un seuil de protection contre l'infection, un autre contre la maladie et un troisième contre le risque de complication. Toutefois, le niveau des seuils varie d'un individu à l'autre et est influencé par des facteurs génétiques, physiologiques et environnementaux. Au niveau d'une population, il existe une courbe de distribution du risque en fonction du niveau d'anticorps sérique et les courbes pourraient être différentes en fonction des différentes issues. Le risque n'est jamais nul et jamais égal à un en cas d'exposition. Il est également établi que le niveau d'anticorps est maximal environ un mois après l'administration d'une première dose de vaccins chez une personne naïve et que les concentrations diminuent au fil du temps.
- À ce jour, le Comité d'immunisation du Québec (CIQ) recommande que les femmes enceintes d'un âge gestationnel de 20 semaines ou plus, ainsi que toutes celles enceintes moins de 20 semaines et qui sont atteintes d'une maladie chronique prédisposante soient vaccinées le plus rapidement possible, avec le vaccin sans adjuvant s'il est disponible ou avec le vaccin contenant l'adjuvant si seul celui-ci est disponible. La même recommandation peut être faite pour les femmes enceintes qui résident dans des communautés éloignées où existe une prévalence élevée de facteurs de risque d'infection respiratoire et de complication. Pour les autres femmes enceintes, la décision de vacciner immédiatement avec un vaccin contenant un adjuvant, d'attendre la disponibilité d'un vaccin sans adjuvant ou d'attendre un âge gestationnel de 20 semaines pour vacciner devrait être prise avec le médecin traitant qui pourra juger des poids relatifs du risque réel d'infection et du risque tératogène théorique (MSSS, 30 octobre 2009). Ces recommandations pourraient être modifiées en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique et de l'arrivée de nouvelles données sur la sécurité et l'immunogénicité des vaccins disponibles.
- Une synthèse des données des essais cliniques avec le vaccin saisonnier chez l'adulte réalisé par la Cochrane Collaboration a montré que lorsque les souches du vaccin sont bien appariées aux souches circulantes, l'efficacité du vaccin était de 80 %. Dans un tel contexte, il serait difficile d'affirmer que pour les femmes enceintes, la vaccination confère toujours une protection contre le risque d'infection et de complication. Toutefois, nous pouvons raisonnablement avancer que la vaccination diminue grandement les risques.

Considérant :

- Que pour le virus de la grippe saisonnière :
 - Les risques d'hospitalisation ont été bien documentés :
 - à partir du deuxième trimestre de la grossesse,
 - et pour les femmes ayant des facteurs de risque quelque soit le stade de la grossesse;
 - La transmission de l'influenza saisonnière se fait le plus souvent par contact direct et contact avec des grosses gouttelettes respiratoires (Côté, 2007). L'impact du mode de transmission de l'influenza par contact indirect à partir de surfaces est moins important par rapport aux autres modes de transmission;
 - Le virus de l'influenza saisonnier pourrait survivre de 24 à 48 heures sur une surface dure non poreuse, entre 8 et 12 heures sur les vêtements ou le papier et 5 minutes sur les mains (Côté, 2007).
- Que pour les pandémies antérieures :
 - Les risques de complication chez la mère (pneumonie, décès maternel) ont été documentés et augmentent progressivement tout au long de la grossesse;
 - Les risques de complication chez le fœtus, principalement la mort fœtale (avortement spontané et mortinaissance), ont également été documentés.
- Que pour la pandémie actuelle :
 - Des cas de complication maternelle, de mort fœtale et de décès maternel ont été rapportés, mais aucune étude comparative permettant de quantifier le risque n'est actuellement disponible;
 - Aux États-Unis :
 - En date du 29 juillet 2009, 13 % des personnes décédées étaient des femmes enceintes (pour le premier mois de l'épidémie); leur taux d'hospitalisation a aussi été plus de quatre fois plus élevée que celui de la population générale (Jamieson, 2009),
 - En date du 21 août, 28 femmes enceintes (qui représentent 1 % de la population générale de ÉU) sont décédées aux USA, soit 6 % des cas A (H1N1) confirmés décédés (CDC, 23 octobre 2009);
- Au Québec, pour les cas admis et enquêtés, 24 hospitalisations ont été rapportées chez des femmes enceintes en date du 20 juillet 2009, dont deux cas ont séjourné aux soins intensifs et deux sont décédées. Depuis cette date, seules les admissions aux soins intensifs sont enquêtées et aucune autre femme enceinte n'a fait l'objet d'une déclaration à la santé publique. Vingt-deux des vingt-quatre femmes hospitalisées lors de la première vague étaient dans leur 2^e et 3^e trimestre de grossesse. Ces décès chez les femmes enceintes constituent près de 8 % des décès (2/24 décès) de la première vague de la pandémie alors que les femmes enceintes ne représentent qu'une faible proportion de l'ensemble des cas³. Le taux d'incidence des hospitalisations dans les données québécoises est de 37,3 pour 100 000 pour les femmes enceintes dans la catégorie d'âge de 15 à 49 ans par rapport à 4,2 pour 100 000 pour la femme non enceinte. Le rapport de prévalence estimé à 8,9 est significatif. Les femmes enceintes ont un risque plus élevé d'être hospitalisées si elles contractent la grippe A (H1N1).
- Selon le *Bilan de la première vague de circulation de la grippe A(H1N1) au Québec* (Douville-Fradet, 2009) :
 - le groupe d'âge présentant les risques les plus élevés d'hospitalisation sévère et de décès est celui des 20 à 49 ans;
 - parmi les cas admis, les femmes semblent plus à risque d'hospitalisation sévère et de décès, particulièrement celles présentant des conditions sous-jacentes;
 - les femmes enceintes sont plus à risque d'être hospitalisées par rapport à la population générale.
- La majorité des organismes officiels considère que les femmes enceintes font partie des groupes à risque et nécessitent des interventions particulières.
- Le 31 juillet 2009, l'OMS fait état d'un risque accru d'atteinte sévère ou mortelle chez la femme enceinte infectée par le virus pandémique A(H1N1) 2009.

³ À titre d'information, veuillez trouver ci-après les données démographiques qui nous permettent de savoir quelle proportion de la population en général représente les femmes enceintes. Selon le recensement de 2006 (ISQ, 2009), la population du Québec est 7 546 135 personnes, dont 3 858 435 femmes. De ce nombre, 1 366 095 sont des femmes dans la catégorie d'âge de 18-44 ans parmi lesquelles surviennent la très grande majorité des grossesses. En 2008, il y a eu 87 600 naissances. Si pour chaque naissance, on compte 6 mois de grossesse en 2^e et 3^e trimestre, il y aurait 43 800 femmes enceintes en 2^e et 3^e trimestre. Ces dernières représentent 3,2 % des femmes de 18-44 ans, 1,1 % des femmes et 0,6 % de la population.

- Les paramètres de transmission indirecte du virus pandémique A(H1N1) 2009 à partir des surfaces sont inconnus.
- Il semble pour l'instant que la transmissibilité du virus pandémique A(H1N1) 2009 est semblable à celle de l'influenza saisonnière.
- Durant la seconde vague de la pandémie, plusieurs personnes seront atteintes. Comme les symptômes sont en général bénins, celles-ci ne resteront pas nécessairement confinées chez elles malgré les consignes émises. Les travailleuses enceintes qui ont des contacts rapprochés et fréquents avec le public (groupe modéré de OSHA (2009)) seront donc à risque plus élevé d'entrer en contact avec des porteurs du virus et de contracter l'infection.
- Même si les contacts avec le public ne se font pas qu'avec des personnes malades, le comité d'experts considère qu'une exposition est significative selon la distance, la durée et la fréquence des contacts ainsi que selon la prévalence de la maladie dans la population.
- Le comité suggère que pour la distance, un contact avec une personne à l'intérieur de 2 mètres puisse être considéré comme un contact rapproché significatif. Pour la durée, le 30 minutes a été envisagée par souci d'harmonisation avec le CINO qui se réfère au 30 minutes pour les contacts avec des cas malades. Cependant comme les clientèles sont différentes la notion de 30 minutes n'a pas été retenue dans la recommandation. Ces éléments sont suggérés à titre indicatif puisqu'il n'y a pas de données probantes pour les appuyer.

Recommandations concernant le retrait préventif en milieux de travail de la travailleuse enceinte non immune⁴

Durant toute la période épidémique québécoise décrétée par les autorités de santé publique :

- Que la travailleuse, ayant des contacts multiples avec le public dans le cadre de son travail, au premier, deuxième ou troisième trimestre de grossesse soit affectée à des tâches sans risque ou retirée du milieu de travail; pour ce faire, le médecin appliquant le retrait préventif doit tenir compte des deux critères ci-dessous à l'intérieur d'une journée de travail :
 1. Exposition significative avec le public en tenant compte de la distance (2 m) s'il n'y a pas de mesures de protection physique (ex. : vitre), la durée et la fréquence des contacts ainsi que de la prévalence de la maladie dans la population;
 2. Type d'exposition à risque :
 - a) Exposition à l'intérieur d'un groupe ou d'une foule (chauffeuse d'autobus, placière)
 - b) Expositions individuelles, mais en grand nombre (caissière, pharmacienne, employée de commerce)
 - c) Contacts significatifs fréquents et rapprochés avec le public sans l'application de mesures préventives (ex. : le triage téléphonique) de la clientèle afin de reporter les rendez-vous non urgents des personnes présentant un syndrome d'allure grippale (SAG), dans les milieux où de telles mesures seraient applicables (par exemple : fièvre, toux et douleurs musculaires) (ex. : travailleuses sociales, physiothérapeutes, esthéticiennes)
- Ces recommandations s'ajoutent aux autres mesures de protection qui doivent être mises en place (ex. : gants, lavage des mains, nettoyage des surfaces) pour agir sur les vecteurs de transmission (monnaie, papier, mains, claviers partagés) du virus pandémique A(H1N1) 2009.
- Des recommandations spécifiques ont déjà été diffusées pour les milieux scolaires et les milieux de soins.

⁴ Est considérée immune, la femme qui a fait une infection par le virus de la grippe pandémique A(H1N1) 2009 confirmée par laboratoire (culture virale, test d'amplification d'acides nucléiques).

- Ces recommandations concernent l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ayant des contacts multiples avec le public dans le cadre de son travail. Les contacts à risque, fréquents et rapprochés avec les collègues de travail ne font pas partie de l'avis et devront être traités au cas par cas par le médecin appliquant le retrait en considérant la présence de cas d'infection, le type de contacts et les mesures préventives, le tout en lien avec son jugement professionnel.
- Comme des informations sur ce sujet seront certainement recueillies au cours de la première année de la pandémie, ces recommandations pourraient être revues dans un an selon les résultats observés.
- Ces recommandations sont valides pour la saison 2009-2010.

Bien qu'il existe plusieurs façons de se prémunir contre la grippe pandémique A(H1N1) 2009, le vaccin quand il existe, même imparfait, demeure la meilleure protection qui soit puisqu'il n'est pas toujours facile d'éviter les contacts avec les personnes malades, parfois encore asymptomatiques. La mesure du PMSD ne peut protéger les femmes enceintes contre le virus qui est aussi présent dans la collectivité et elles doivent continuer à appliquer, chez elles, les mesures de précaution de base et éviter les contacts publics qui peuvent être à risque pour elle. La consultation précoce et la prescription d'antiviraux sont d'autres mesures que l'on peut retrouver dans la brochure d'autosoins distribuée à toute la population. Donc en termes de santé publique, la vaccination des femmes enceintes est fortement recommandée compte tenu des complications graves plus fréquentes chez elles qui peuvent survenir suite à l'acquisition de la maladie. Ceci n'est nullement en contradiction avec l'avis de l'INSPQ concernant le programme de maternité sans danger. On doit noter que les deux avis proviennent de l'INSPQ et sont complémentaires et non contradictoires. Actuellement, nous avons des données sur l'immunogénicité qui sont excellentes pour les vaccins disponibles pour prévenir la grippe pandémique A(H1N1) 2009.

Compte tenu des caractéristiques du PMSD, qui est une mesure de prévention individuelle, et du peu de données pouvant démontrer que, sur le plan individuel, le vaccin pourrait protéger suffisamment une femme enceinte, nous disposons d'un autre moyen de prévention qui est le retrait ou l'affectation de la travailleuse enceinte lorsque son milieu de travail est un facteur de risque. Il n'était pas dans notre mandat d'évaluer la proportion des risques encourus dans la communauté versus le travail. Nous avons donc considéré essentiellement le milieu de travail.

Par ailleurs, si on ne peut se baser sur des données scientifiques probantes pour évaluer l'efficacité du vaccin au niveau individuel chez la femme enceinte, les autorités de santé publique et de concert avec la CSST pourraient déterminer que pour la gestion du programme dans le cadre de la pandémie une femme enceinte vaccinée et qui n'a pas de problème immunitaire est suffisamment protégée pour rester active dans son emploi.

Délai de mise en place et de retrait de ces recommandations

Date de début de la période épidémique québécoise

La date du début de la mise en place de ces présentes recommandations devrait être instituée lors de l'annonce de la deuxième vague de la pandémie. Cette annonce a déjà été faite par le MSSS.

Date de fin de la période épidémique québécoise

La fin de l'application de ces recommandations coïncidera avec la fin de l'épidémie et sera déclarée par les autorités provinciales de santé publique. Ceci signifie le retour au travail habituel des travailleuses enceintes qui ont été retirées ou affectées à d'autres tâches pendant la deuxième vague d'activité du virus pandémique A(H1N1) 2009, si la présence d'autres microorganismes pathogènes ne justifie pas le maintien de l'affectation ou du retrait.

Références

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2009). Lignes directrices cliniques provisoires pour les femmes enceintes ou qui allaitent leur enfant et qui présentent des syndromes grippaux dans le contexte de la pandémie de grippe H1N1 2009. ASCP, 10 juillet 2009 [En ligne] <http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/swine-porcine/guidance-orientation-07-09-fra.php> (page consultée le 13 juillet 2009).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Dear Colleague Joint Letter from AAFP, ACOG, AMA and CDC: Vaccination of Pregnant Women CDC, 23 octobre 2009. [En ligne] http://www.cdc.gov/h1n1flu/clinicians/pdf/Dear_Colleague_FINAL.pdf (page consultée le 2 novembre 2009).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Pregnant women and novel influenza A (H1N1) virus: considerations for clinician. CDC, 30 juin 2009. [En ligne] http://www.cdc.gov/h1n1flu/clinician_pregnant.html (page consultée le 14 juillet 2009).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Intensive-care patients with severe novel influenza A (H1N1) virus infection - Michigan, Juin, 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009; 58(27): 749-752.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINOQ). (2009). Précisions sur la gestion des travailleurs de la santé exposés au virus de la grippe A(H1N1). Avis et recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINOQ). INSPQ. 30 juin 2009.

Chan, M. World now at the start of 2009 influenza pandemic. (2009). Organisation mondiale de la Santé (OMS), Déclaration officielle, 11 juin 2009 [En ligne] http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/index.html (page consultée le 2 novembre 2009).

Côté, J. R., Dionne, M. et F. Tanguay. (2007). Mesures générales de santé publique (en situation de pandémie d'influenza). Institut national de santé publique du Québec, août 2007. [En ligne] <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/688-MesureGenSantePub.pdf> (page consultée le 29 septembre 2009).

Douville-Fradet, M., Hamel, D. et E. Fortin. (2009). Bilan de la première vague de circulation de la grippe A(H1N1) au Québec. Institut national de santé publique du Québec, Août 2009. [En ligne]
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/971_BilanPremVagueAH1N1_Final.pdf
(page consultée le 29 septembre 2009).

Freeman DW, Barno A. (1959). Deaths from Asian influenza associated with pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*; 78: 1172-75, cité par Jamieson, DJ *et al.* (2009). H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. 29 juillet [En ligne]
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61304-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61304-0/abstract) (page consultée le 3 août 2009).

Harris JW. Influenza occurring in pregnant women. *JAMA* 1919; 72: 978-80. cité par Jamieson, DJ *et al.* (2009). H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. 29 juillet [En ligne]
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61304-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61304-0/abstract) (page consultée le 3 août 2009).

Institut de la statistique du Québec. (2009). Recensement de la population 2006. 29 septembre 2009. [En ligne]
http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/le_quebec_20/20_index.htm#population (page consultée le 1^{er} octobre 2009).

Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J, et coll. (2009). Hospitalized Patients with 2009 H1N1 Influenza in the United States, April-June 2009. *N Engl J Med* 2009; 361.

Jamieson, DJ *et al.* (2009). H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. 29 juillet [En ligne]
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61304-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61304-0/abstract) (page consultée le 3 août 2009).

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

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2009). Grippe A(H1N1) Statistiques descriptives en date du 21 juillet 2009. Bureau de surveillance et de vigilance. MSSS. 21 juillet 2009.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2009). Le vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1) pour les femmes enceintes. MSSS, 30 octobre 2009. [En ligne]
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-220-20F.pdf> (page consultée le 2 novembre 2009).

Nuzum JW, Pilot I, Stangl FH, Bonar BE. 1918 pandemic influenza and pneumonia in a large civil hospital. *IMJ III Med J* 1976;150: 612-16. cité par Jamieson, DJ *et al.* (2009). H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. 29 juillet [En ligne]
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61304-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61304-0/abstract) (page consultée le 3 août 2009).

Occupational Safety and Health Act (OSHA). (2009). Guidance on Preparing Workplaces for an Influenza Pandemic. OSHA 3327-05R, 2009. [En ligne]
<http://www.osha.gov/Publications/OSHA3327pandemic.pdf> (page consultée le 5 octobre 2009).

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). Grippe pandémique chez la femme enceinte. Grippe pandémique (H1N1) 2009 : actualités en bref n°5. OMS, 31 juillet 2009 [En ligne]
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_pregnancy_200907%2031/fr/index.html (page consultée le 3 août 2009).

Rello J, Rodriguez A, Ibanez P, Socias L, Cebrian J, Marques A, et coll. (2009). Intensive care adult patients with severe respiratory failure caused by Influenza A (H1N1)v in Spain. *Crit Care* 2009; 13(5): R148.

The Australia and New Zealand Extracorporeal Membrane Oxygenation Influenza Investigators. (2009). Extracorporeal Membrane Oxygenation for 2009 Influenza A(H1N1) Acute Respiratory Distress Syndrome. *Jama* 2009; 302(17): E1-E8.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

