



Annexe F

Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels

Date de la version la plus récente : *juin 2006*

Sommaire des changements d'importance :

- ▶ *Mise à jour afin d'inclure les recommandations (et les références afférentes) concernant les normes sur la ventilation pour les établissements de soins de santé et des informations concernant la séparation spatiale des patients dans différents établissements.*
- ▶ *Utilisation des nouveaux termes des phases de pandémie.*
- ▶ *Les recommandations concernant le contrôle pour les SG des visiteurs vaccinés ont été clarifiées.*
- ▶ *La section sur les « Mesures de santé publique » a été supprimée de l'annexe F; une nouvelle annexe a été créée sur ce sujet*

Remarque :

La section sur les modes de transmission de l'influenza et les mesures de contrôle appropriées sera mise à jour. Une révision approfondie de la bibliographie existante est en cours et une conférence consensus composée d'experts en contrôle et en transmission de l'influenza ainsi qu'en protection respiratoire est à l'étape de planification afin d'aider à la résolution de ces deux questions controversées.

f Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels

AVIS

Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza Le 5 octobre 2006

L'annexe F du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza de février 2004, Lignes directrices pour la lutte contre l'infection et la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les milieux de soins traditionnels et non traditionnels, est en cours de révision.

Il faut informer les intervenants du fait que le document est mis à jour en vue d'intégrer des recommandations (et les références connexes) sur les normes de ventilation relatives aux milieux de soins et que des renseignements sont fournis sur la séparation spatiale des patients dans les différents établissements. En outre, la terminologie et les énoncés touchant la disponibilité des antiviraux sont révisés pour être conformes aux autres parties du Plan. Certains termes du glossaire sont expliqués et les étapes sont mises à jour d'après les étapes révisées de l'Organisation mondiale de la Santé. Les recommandations concernant la surveillance des visiteurs vaccinés contre le syndrome grippal (SG) (contrairement à la non surveillance des employés ou des visiteurs qui ont guéri d'une grippe pandémique) sont expliquées. La partie portant sur les mesures de santé publique a été retirée de l'annexe F puisqu'il existe maintenant une annexe distincte sur ce sujet.

La partie sur le mode de transmission de l'influenza et les mesures de lutte requises n'est pas terminée. Selon l'annexe F, les modes de transmission premiers du virus de l'influenza sont les gouttelettes de sécrétion respiratoire et le contact, direct et indirect. La contribution de la transmission aéroportée relative à la propagation du virus de l'influenza est controversée. Le Comité directeur de l'Agence de santé publique du Canada chargé des lignes directrices pour la lutte contre l'infection recommande, par conséquent, qu'en plus de l'hygiène des mains, le port d'un équipement de protection individuelle approprié soit exigé pour soigner les patients souffrant de l'influenza, soit un masque (type chirurgical de bonne qualité), une protection des yeux et le port de gants et de blouses. L'exigence relative au port de respirateurs N95 pendant les interventions générant des aérosols sur les patients ayant l'influenza est controversée. Un examen approfondi de la documentation existante est en cours et une conférence consensuelle d'experts en matière de transmission et de prévention de l'influenza et de protection respiratoire est prévue pour aider à la résolution de ces deux questions controversées.

La nouvelle version de l'annexe F devrait être terminée après la réunion consensuelle sur la prévention et le contrôle de l'infection, qui se tiendra les 26 et 27 octobre 2006.

Les Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels ont été préparées par la Section des infections nosocomiales et professionnelles de Santé Canada, du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Ces lignes directrices constituent l'une des annexes du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

Les lignes directrices sont destinées à aider les responsables de la gestion d'une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels. Les établissements de soins de santé traditionnels comprennent les soins pour malades aigus, les soins de longue durée, les soins ambulatoires et les soins communautaires. Les établissements de soins de santé non traditionnels sont les établissements qui sont désignés pour entrer en fonction advenant la déclaration d'une pandémie d'influenza et qui ne deviendront opérationnels qu'au moment de la déclaration d'une pandémie d'influenza par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les établissements de soins de santé non traditionnels comprennent les lieux de triage, les lieux d'autosoins et les hôpitaux temporaires prévus pour les personnes atteintes d'influenza. Dans le présent document, on appelle « organismes d'attache » les organismes qui assument la responsabilité des établissements de soins de santé non traditionnels. Lorsqu'il n'y a pas d'organisme d'attache pour planifier ou faire fonctionner les établissements non traditionnels, on s'attend à ce qu'un autre organisme assumerait ce rôle. La santé publique pourrait être dans la meilleure position pour planifier ou faire fonctionner de tels établissements, bien qu'il faudrait le négocier et le corroborer.

Ce document présente un aperçu des politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections qui seront cruciales à la minimisation de la transmission de l'influenza pandémique, que l'immunisation ou la chimioprophylaxie soit disponible ou non, et à la prévention d'autres maladies infectieuses. Par conséquent, les *Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels* sont fondées sur des lignes directrices sur le contrôle des infections précédemment publiées par Santé Canada. Il est reconnu que certaines recommandations ne pourraient être réalisables que durant les premières phases de la pandémie parce qu'elles pourraient devenir irréalisables à mesure que la pandémie progresse et que les ressources se raréfient.

La **Partie A** décrit un fondement servant à élaborer un plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion d'une pandémie d'influenza, se penchant plus particulièrement sur la transmission de l'influenza, les pratiques de base, l'éducation sur l'influenza pandémique et les restrictions en santé publique. Une grande attention est portée à la gestion des travailleurs de la santé durant une pandémie d'influenza. Les recommandations sur

l'utilisation du vaccin contre l'influenza et des antiviraux chez les travailleurs de la santé et les patients ne sont pas comprises dans les présentes lignes directrices parce qu'elles sont traitées en détail dans les annexes portant sur le vaccin et les antiviraux (annexes D et E) du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

La **Partie A** explique aussi le manque de données étayant l'utilisation des masques dans la prévention de la transmission de l'influenza durant les pandémies antérieures. Les données montrent qu'au cours de la première phase d'une pandémie d'influenza, il serait prudent que les travailleurs de la santé portent des masques lorsqu'ils sont face-à-face à des personnes qui toussent, afin de réduire au minimum la transmission de l'influenza. Il est conseillé de porter des masques lorsque l'immunisation et les antiviraux ne sont pas encore disponibles, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles une fois que la transmission sévit dans la communauté. Les masques peuvent être portés par les travailleurs de la santé pour prévenir la transmission d'autres organismes de patients qui présentent une toux qui ne poste pas encore de diagnostic. Pour les besoins du présent document, le terme masque réfère à des masques de chirurgien, et non pas à des masques spéciaux tels que des masques anti-poussières ou anti-brouillard à haute efficacité ni à des respirateurs.

L'hygiène des mains est préconisée tout au long des lignes directrices parce que le fait de respecter scrupuleusement les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection. Une bonne hygiène des mains pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie.

La **Partie B** décrit la gestion de l'influenza pandémique dans des établissements de soins de santé traditionnels. Les établissements de soins pour malades aigus, de soins de longue durée, de soins ambulatoires et de soins communautaires individuels sont des sections indépendantes et elles sont conçues pour être utilisées conjointement avec la Partie A pour élaborer un plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion de la pandémie d'influenza. Il y a beaucoup de références à des lignes directrices publiées parce que l'on suppose que le personnel des établissements de soins de santé traditionnels connaissent bien la série de lignes directrices portant sur le contrôle des infections publiées par Santé Canada.

La **Partie C** décrit la gestion de l'influenza pandémique dans des établissements de soins de santé non traditionnels. Les lieux de triage, d'autosoins et les hôpitaux temporaires prévus pour les personnes atteintes d'influenza sont des sections indépendantes et elles sont conçues pour être utilisées conjointement avec la Partie A pour élaborer un plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion de la pandémie d'influenza. Des recommandations détaillées, inspirées des lignes directrices publiées sur le contrôle des infections, sont fournies à l'intention des établissements de soins de santé non traditionnels parce que la planification et le fonctionnement de tels établissements seront une nouvelle situation.

L'**Appendice I**, intitulé « Lignes directrices sur le système d'évaluation fondé sur les preuves » décrit le système de classement hiérarchique du poids des preuves utilisées pour étayer les recommandations faites dans les présentes lignes directrices.

L'**Appendice II** intitulé « Phases d'une pandémie d'influenza selon l'Organisation mondiale de la santé » indique les grandes lignes du plan d'intervention en plusieurs étapes face à une menace de pandémie, lequel est fondé sur le programme de surveillance de l'influenza de l'OMS.

L'**Appendice III** intitulé « Procédures d'hygiène des mains » A. Lavage des mains et B. Décontamination des mains avec un agent antiseptique alcoolisé fournit des détails précis sur l'hygiène des mains.

L'**Appendice IV** intitulé « Outil d'évaluation du syndrome grippal (SG) » est conçu pour faciliter le triage immédiat des patients ou du personnel et des logements/cohorte de patients, avant de passer à une gestion plus avancée au niveau de la santé au travail ou clinique. Cet outil de triage du SG ne doit pas être utilisé pour la gestion clinique. La gestion clinique est précisée dans l'annexe intitulée « Mesures et lignes directrices des soins cliniques » du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

L'**Appendice V**, Tableau A intitulé « Procédures de nettoyage des articles d'usage » fournit des exemples de la manière de nettoyer les articles d'usage courant. Le Tableau B intitulé « Instructions pour préparer et utiliser l'eau chlorée » décrit les recommandations sur les dilutions de produits spécifiques et leur usage prévu.

Ces lignes directrices **ne** discutent pas de l'influenza **interpandémique**. Les recommandations relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail concernant l'influenza interpandémique sont traitées dans d'autres lignes directrices de Santé Canada, particulièrement dans les *Lignes directrices sur le contrôle de l'infection relatives à la prévention de la pneumonie liée aux soins de santé* (en voie d'élaboration).

<p>Apte au travail</p>	<p>Terminologie employée dans le domaine de la santé au travail pour décrire la capacité d'un travailleur de continuer à exercer son travail ou de reprendre son travail. Pour décrire le niveau d'aptitude, trois catégories sont utilisées : apte au travail, inapte au travail, apte au travail avec restrictions. Les infirmières en santé du travail utilisent ces catégories pour maintenir la confidentialité des informations sur un travailleur, comme le diagnostic posé, les symptômes, l'état immunitaire, etc.⁶.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Apte au travail – Capacité de travailler sans restriction ▶ Inapte au travail – Restriction de la capacité d'exécuter des tâches de soins, d'avoir des contacts avec les collègues ou de l'accès au lieu de travail. ▶ Apte au travail avec restrictions – Permet de réaffecter un travailleur à d'autres fonctions ou de le réintégrer au milieu de travail sans qu'il ne risque d'infecter les travailleurs de la santé, les patients ou d'autres personnes dans le lieu de travail.
<p>Articles non critiques</p>	<p>Articles entrant seulement en contact avec la peau intacte mais pas avec les muqueuses, ou qui n'entrent pas directement en contact avec les patients/résidents/clients. Ces articles non critiques sont traités avec un nettoyant ou un désinfectant de faible niveau³.</p>
<p>Articles semi-critiques</p>	<p>Matériel entrant en contact avec les muqueuses ou la peau non intacte, mais qui ne les pénètre habituellement pas. Ce matériel est traité par un nettoyage soigneux, suivi d'une désinfection préférablement de haut niveau³.</p>
<p>Aseptisation des mains</p>	<p>Ce terme concerne le lavage des mains avec un savon antiseptique ou une solution hydro-alcoolique¹. Procédé permettant d'enlever ou de réduire des microorganismes résidents ou transitoires³.</p>
<p>Cohorte</p>	<p>Deux ou plusieurs patients exposés à un même organisme ou infectés par ce même organisme, qui sont séparés physiquement (p. ex., dans une chambre séparée ou une salle commune) des autres patients qui n'ont pas été exposés à cet organisme ou infectés par lui⁴.</p>
<p>Cohorte d'employés infectés</p>	<p>Groupe d'employés particuliers chargés de ne s'occuper que des patients/résidents reconnus d'avoir été exposés au même organisme ou infectés par ce même organisme. Ces employés ne fournissent pas de soins aux patients/résidents qui n'ont pas été exposés à cet organisme ou infectés par lui⁴.</p>
<p>Déchets biomédicaux</p>	<p>Selon la définition de la Société canadienne de normalisation (CSA)², ce sont des déchets produits par les établissements de soins de santé humaine ou animale, les centres médicaux ou vétérinaires, les établissements d'enseignement médical, les laboratoires et les installations de production de vaccins³.</p>

Déchets infectieux	Partie des déchets biomédicaux susceptibles de provoquer des maladies infectieuses ³ .
Décontamination	Enlèvement de microorganismes pathogènes sur un article pour en garantir l'innocuité ³ .
Décontamination des mains	Réduction du nombre de bactéries sur les mains, en se frottant les mains avec une solution hydro-alcoolique ou en les lavant avec un savon antiseptique ¹ .
Désinfection	Inactivation de microorganismes pathogènes. On applique des désinfectants sur les objets inanimés et des antiseptiques sur les tissus vivants. La désinfection ne détruit pas les spores bactériennes. La désinfection fait habituellement intervenir les produits chimiques, la chaleur et la lumière ultraviolette. Le niveau de désinfection chimique varie en fonction du type de produit utilisé ³ .
Désinfection de faible niveau	Niveau de désinfection requis lors du traitement d'articles non critiques ou de certaines surfaces de l'environnement. Les désinfectants de faible niveau tuent la plupart des bactéries végétatives et certains champignons et virus à enveloppe (membrane lipidique) (p. ex., hépatite B et C, les hantavirus et le VIH). Ils ne tuent pas les mycobactéries ni les spores bactériennes. Les désinfectants-détergents de faible niveau d'activité servent à nettoyer les surfaces de l'environnement ³ .
Désinfection de haut niveau	Niveau de désinfection requis pour le traitement du matériel semi-critique. Les procédés de désinfection de haut niveau permettent la destruction des bactéries végétatives, des mycobactéries, des champignons ainsi que des virus à enveloppe (ayant une membrane lipidique) et des virus sans enveloppe (sans membrane lipidique), mais pas nécessairement des spores bactériennes. Les produits chimiques de désinfection de haut niveau (aussi appelés stérilisants chimiques) doivent être capables de stériliser par un temps de contact prolongé. Il faut nettoyer les objets à fond avant de les soumettre à une désinfection de haut niveau ³ .
Désinfection de niveau intermédiaire	Niveau de désinfection requis pour certains articles semi-critiques. Les désinfectants de niveau intermédiaire tuent les bactéries végétatives, la plupart des virus et la plupart des champignons, mais pas les spores bactériennes résistantes ³ .
Équipement de protection individuelle	Tenue utilisée par le travailleur pour se protéger d'une exposition aérogène ou de gouttelettes et de l'exposition au sang et à des liquides organiques sanguinolents, c.-à-d. masques, lunettes de protection, écrans faciaux, gants et blouses ⁵ .
Établissements de soins de santé non traditionnels	Les établissements de soins de santé non traditionnels sont les établissements qui sont désignés pour être opérationnels avant la déclaration d'une pandémie d'influenza et qui ne deviendront opérationnels qu'au moment de la déclaration d'une pandémie d'influenza par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Établissements de soins de santé traditionnels	Les établissements de soins de santé traditionnels comprennent les établissements de soins pour malades aigus, de soins prolongés, de soins ambulatoires et de soins communautaires.
Exposition	État d'être soumis à un microorganisme ou à une maladie infectieuse d'une manière permettant la transmission ⁶ .
Hygiène des mains	Terme général désignant le lavage des mains, l'aseptisation des mains avec un savon antiseptique ou une solution hydro-alcoolique, ou l'antisepsie des mains en chirurgie ¹ .
Influenza	<p>Définition de cas clinique d'influenza</p> <p>Lorsque l'influenza se propage dans une collectivité, la présence de fièvre et de toux dont l'apparition est soudaine est un bon prédicteur de l'influenza. La valeur prédictive des symptômes est d'autant plus fiable si la fièvre est supérieure à 38 °C et que l'apparition de la maladie clinique est aiguë (moins de 48 heures après les prodromes). Les symptômes suivants, bien que non spécifiques, peuvent aussi être présents : mal de gorge, rhinorrhée, malaise, frisson solennel, frissons, myalgie et céphalée⁷.</p> <p>Définition de cas confirmé d'influenza</p> <p>Les cas confirmés d'influenza comprennent les cas confirmés en laboratoire (c.-à-d. isolement du virus dans les sécrétions des voies respiratoires, identification d'antigènes viraux ou d'acide nucléique dans des prélèvements cliniques, ou augmentation importante des taux d'anticorps sériques) ou les cas cliniques pour lesquels il existe un lien épidémiologique à un cas confirmé en laboratoire⁷.</p> <p>Syndrome grippal (SG)</p> <p>► Aux fins de surveillance, voici la définition du SG présentement en usage au Canada : Apparition soudaine d'une maladie respiratoire accompagnée de fièvre (> 38 °C) et de toux, ainsi que d'un ou de plusieurs des symptômes suivants – mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration, qui pourraient être imputables au virus de l'influenza, tel qu'utilisé par le Programme national de surveillance de l'influenza (FluWatch) pour la saison 2002-2003⁸.</p>
Lavage des mains	Nettoyage des mains au savon ordinaire (c.-à-d. non antimicrobien) et à l'eau ¹ . Procédé permettant d'enlever la saleté et les microorganismes transitoires des mains ¹ .
Masque	Barrière recouvrant la bouche et le nez servant à protéger les muqueuses des microorganismes contenus dans de grandes gouttelettes (> 5 um de diamètre) produites par une personne source lorsqu'elle tousse, éternue ou parle et lors de certaines procédures qui produisent des gouttelettes (p. ex., aspiration) ou qui risquent de produire des projections ou des vaporisations de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions. Les masques peuvent aussi être utilisés pour contenir les grosses gouttelettes produites par la toux ou l'éternuement. Dans le présent document, le terme masque réfère à des masques de chirurgien, et non pas à des masques spéciaux tels que des masques anti-poussières ou anti-brouillard à haute efficacité ni à des respirateurs.

Matériel critique	Instruments et dispositifs insérés dans des tissus stériles, notamment l'appareil vasculaire. Le matériel critique peut représenter une source importante d'infection s'il a été contaminé par des microorganismes, notamment des spores bactériennes. Pour traiter le matériel critique, comme des instruments chirurgicaux et des dispositifs intravasculaires, il faut le nettoyer minutieusement, puis le stériliser ³ .
Nettoyage	Action de débarrasser un lieu de matières étrangères, comme de la poussière et de la saleté, ainsi que de matières organiques, comme du sang, des sécrétions, des excréments et des microorganismes. En nettoyant une surface, on en enlève des microorganismes, mais on ne les tue pas. Le nettoyage s'effectue avec de l'eau, des détergents et une action mécanique. Dans certains milieux (p. ex., les services centraux et les centres diététiques), on utilise plutôt des termes tels que « décontamination » et « entretien sanitaire » pour désigner l'action de nettoyer. Le nettoyage permet de réduire ou d'éliminer les réservoirs d'organismes potentiellement pathogènes. Les agents de nettoyage sont les produits chimiques les plus couramment utilisés pour l'entretien ménager ³ .
Organisme d'attache	Organisme chargé de planifier un établissement non traditionnel qui n'est créé que si une pandémie d'influenza est déclarée. Si aucun organisme précis n'a été désigné, un autre organisme doit être identifié pour assumer ce rôle.
Précautions	Mesures prises pour réduire le risque de transmission de microorganismes de patient à patient, de patient à un travailleur de la santé et de travailleur de la santé à un patient ⁵ .
Savon ordinaire	Produits dépourvus d'agent antimicrobien ou qui en contiennent des concentrations très faibles qui ne sont efficaces qu'en tant qu'agent de préservation ¹ .
Solution hydro-alcoolique	Agent antiseptique sans eau utilisé sur toutes les surfaces des mains pour réduire le nombre de microorganismes présents sur la peau ¹ .
Stérilisation	Destruction de toutes les formes de vie microbienne, notamment les bactéries, les virus, les spores et les champignons. Il faut d'abord nettoyer à fond le matériel avant de pouvoir le stériliser efficacement ³ .


<p>Transmission par contact</p> 	<p>Comprend la transmission par contact direct, par contact indirect et par gouttelettes, qui sont décrites ci-dessous⁵.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Contact direct : Transfert de microorganismes par contact physique direct entre une personne infectée ou colonisée et un hôte réceptif (surface corporelle à surface corporelle). ▶ Contact indirect : Transfert passif de microorganismes à un hôte réceptif par l'intermédiaire d'un objet, tel que par les mains contaminées d'un membre du personnel qui ne s'est pas lavé les mains entre les patients, des instruments contaminés ou d'autres objets inanimés dans l'environnement immédiat du patient. ▶ Contact par gouttelettes : Grosses gouttelettes d'un diamètre supérieur ou égal à 5 µm, qui sont produites par les voies respiratoires d'un patient infecté lors de la toux ou des éternuements, ou lors de procédures comme l'aspiration ou la bronchoscopie. Ces gouttelettes sont propulsées dans l'air sur de courtes distances, moins d'un mètre, et se déposent sur les muqueuses nasales ou buccales du nouvel hôte.
<p>Travailleur de la santé</p>	<p>Les travailleurs de la santé sont des professionnels, incluant les stagiaires et les retraités, des non-professionnels et des bénévoles, participant aux soins directs prodigués aux patients; et/ou ceux qui travaillent/ont du bénévolat dans des établissements de soins de santé ou des services désignés. Pour les besoins de cette définition, les travailleurs de la santé sont ceux dont les fonctions sont essentielles à la prestation de soins aux patients et qui ont le potentiel de contracter ou de transmettre des agents infectieux dans l'exercice de leurs fonctions.</p>

Table des matières

Avis	i
Sommaire	ii
Glossaire	v

Partie A – Aperçu sur la pandémie d’influenza

1. Renseignements généraux	1
1.1 Phases de pandémie de l’influenza établies par l’Organisation mondiale de la Santé	2
2. Principes de la transmission de l’influenza	2
2.1 Transmission par contact	2
2.2 Transmission par gouttelettes	3
2.3 Transmission par voie aérogène	3
2.4 Preuves du mode de transmission de l’influenza	3
2.5 Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission de l’influenza	4
2.6 Utilisation de masques durant une pandémie.	5
2.7 Infectivité du virus de l’influenza	6
3. Gestion de la santé au travail et du contrôle des infections en cas de pandémie d’influenza dans des établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels	7
3.1 Planification de la santé au travail et du contrôle des infections en cas de pandémie d’influenza	7
3.2 Définitions pour les besoins du contrôle de l’infection et de la gestion de la santé au travail relative aux patients/personnel atteints du syndrome grippal (SG)	10
3.3 Immunisation contre l’influenza lors d’une pandémie.	10
3.4 Utilisation des antiviraux lors d’une pandémie d’influenza.	11
3.5 Gestion de la santé au travail des travailleurs de la santé lors d’une pandémie d’influenza	11

4.	Sensibilisation à l'influenza pandémique.	12
4.1	Sensibilisation des travailleurs de la santé à l'influenza pandémique	12
4.2	Sensibilisation du public à l'influenza pandémique	14
5.	Restrictions de la santé publique visant les rassemblements publics. . .	16
5.1	Recommandations	17

Partie B – Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins de santé traditionnels

1.	Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins pour malades aigus	18
1.1	Prévention de l'influenza pandémique	18
1.2	Contrôle de l'influenza pandémique	18
2.	Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins prolongés	24
2.1	Prévention de l'influenza pandémique	24
2.2	Contrôle de l'influenza pandémique	24
3.	Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins ambulatoires	29
3.1	Prévention de l'influenza pandémique	29
3.2	Contrôle de l'influenza pandémique	29
4.	Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de soins à domicile . .	33
4.1	Prévention de l'influenza pandémique	33
4.2	Contrôle de l'influenza pandémique	33
5.	Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins communautaires.	37
5.1	Gestion de l'influenza pandémique dans les services de secours d'urgence.	37
5.2	Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements mortuaires	40
5.3	Gestion de l'influenza pandémique dans les services de garderie . .	42
5.4	Gestion de l'influenza pandémique dans les écoles et les résidences d'étudiants	44
5.5	Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de travail.	46
5.6	Gestion de l'influenza pandémique dans les refuges	47
5.7	Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements correctionnels	49

Partie C – Prévention des infections et santé au travail dans les lieux de triage lors d'une pandémie d'influenza

1.	Contrôle de l'infection et santé au travail dans les lieux de triage	52
1.1	Prévention de l'influenza pandémique	52
1.2	Contrôle de l'influenza pandémique	52
2.	Contrôle de l'infection et santé au travail dans les lieux d'autosoins	59
2.1	Prévention de l'influenza pandémique	60
2.2	Contrôle de l'influenza pandémique	60
3.	Prévention contrôle de l'infection dans les hôpitaux temporaires prévus pour les personnes atteintes d'influenza	64
3.1	Prévention de l'influenza pandémique	64
3.2	Contrôle de l'influenza pandémique	65

Appendices

Appendice I	Lignes directrices de Santé Canada sur le système d'évaluation fondé sur les preuves	81
Appendice II	Définitions des États de préparation selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).	82
Appendice III	Procédures d'hygiène des mains.	84
	A. Lavage des mains.	84
	B. Décontamination des mains avec un agent antiseptique alcoolisé	85
Appendice IV	Outil d'évaluation du syndrome grippal (SG).	86
Appendice V	Tableaux.	87
	A. Procédures de nettoyage des articles d'usage.	87
	B. Instructions pour préparer et utiliser l'eau chlorée	88
	Bibliographie.	89

Partie A – Aperçu sur la pandémie d’influenza

1.0 Renseignements généraux

Ce document présente les lignes directrices relatives à la prévention et au contrôle des infections pour les besoins de la gestion d’une **pandémie d’influenza** dans des établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels. Les établissements de soins de santé non traditionnels sont ceux qui sont prévus en vue de se préparer à une pandémie d’influenza et qui ne sont opérationnels que lorsque l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclare une pandémie d’influenza.

Les lignes directrices relatives à la prévention et au contrôle de **l’influenza** interpandémique dans des établissements de soins de santé traditionnels (c’est-à-dire de soins pour malades aigus, de soins de longue durée, de soins ambulatoires et communautaires) sont décrites dans d’autres lignes directrices de Santé Canada sur le contrôle de l’infection, plus particulièrement dans le Guide de prévention des infections, Prévention de la pneumonie.

Les lignes directrices relatives à la prévention et au contrôle des infections pour les besoins de la gestion d’une pandémie d’influenza dans des établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels se fondent sur le Guide de prévention des infections^{3,5,6,9} déjà publié par Santé Canada. Même si les recommandations relatives à la prévention de la transmission de l’infection lors de la prestation de soins de santé, y compris au cours d’une pandémie, sont importantes, on reconnaît que certaines d’entre elles ne peuvent être observées que durant les premières phases d’une pandémie et que d’autres ne pourront être appliquées qu’au fur et à mesure que la pandémie progresse et que les ressources deviennent rares. Pour les fins de ce document, le terme masque réfère à des masques de chirurgien, non pas à des masques opératoires, à des masques spéciaux ou à des respirateurs.

Dans ce document, le terme « organisme d’attache » désigne l’organisme qui assume la responsabilité à l’égard des établissements non traditionnels. Lorsqu’il n’y a aucun organisme d’attache pour planifier ou faire fonctionner l’établissement non traditionnel, on s’attend à ce qu’un autre organisme d’attache assume ce rôle. La santé publique pourrait être dans la meilleure position pour planifier ou faire fonctionner de tels établissements bien qu’il faudrait le négocier et le corroborer.

Dans ce document, les individus qui ont guéri ou qui ont été vaccinés contre la souche d’influenza pandémique sont considérés comme étant immuns, mais en ajoutant une mise en garde importante à l’égard de l’état immunitaire de l’individu vacciné. Puisque les vaccins contre l’influenza ne sont pas efficaces à 100 %, lorsque des individus vaccinés entrent en contact avec des patients infectés par l’influenza, il convient de surveiller la présence de SG chez les individus vaccinés en utilisant l’Outil d’évaluation du SG qui se trouve à l’Appendice IV. Santé Canada coordonnera les études sur l’efficacité du vaccin (annexe D) du Plan canadien de lutte contre la pandémie d’influenza pour de plus amples informations).

Au cours d'une pandémie, il pourrait être nécessaire de recruter des stagiaires et des bénévoles qui assumeront des responsabilités particulières, par exemple des soins de base aux patients, soins qui sont habituellement réservés aux travailleurs de la santé. Cela implique que ces personnes devront être considérées, pour les besoins de la prévention des infections, comme des pairs des travailleurs de la santé (voir le glossaire) au point de vue du risque d'exposition et de la capacité de transmission de la maladie.

1.1 Phases de pandémie d'influenza établies par l'Organisation mondiale de la Santé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a élaboré un plan échelonné pour répondre à une menace de pandémie, fondé sur son programme de surveillance. L'observation d'une nouvelle souche d'influenza chez l'homme déclenche une série d'interventions identifiées en phases et en niveaux qui peuvent mener en fin de compte à la déclaration d'une pandémie. Les activités interpandémiques sont désignées comme la Phase 0. L'isolement d'un nouveau sous-type viral d'un seul cas humain, sans preuve de propagation, entraîne la déclaration de la Phase 0, Niveau de préparation 1 par l'OMS. La Phase 1 correspond à la confirmation d'une pandémie, la Phase 3 à la fin de la première vague pandémique et la Phase 4 à la seconde vague ou à des vagues ultérieures de la pandémie¹⁰.

Au cours d'une pandémie, il se produit habituellement plus d'une vague d'infection¹¹, peut-être en raison des influences saisonnières et de l'existence d'un vaste bassin d'individus sensibles dans la population¹².

On trouvera à l'Appendice II les principales étapes d'intervention de l'OMS.

2.0 Principes de la transmission de l'influenza

La section suivante a été adaptée à partir du Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*, Santé Canada, 1999⁵.

Les modes ou les voies de transmission des agents infectieux ont été classés en transmission par contact, par gouttelettes, par voie aérogène, par contagion et par vecteur. Les voies qui s'appliquent à l'influenza sont la transmission par contact, par gouttelettes et par voie aérogène.

2.1 La transmission par contact

Comprend le contact direct, le contact indirect et les gouttelettes (transmission par grosses gouttelettes). Les pratiques de base devraient prévenir la plupart des transmissions par contact. Même si la transmission par gouttelettes est un type de transmission par contact, on la classifie de façon distincte car elle nécessite des précautions additionnelles.

- ▶ **La transmission par contact direct** se produit lorsque le transfert des microorganismes provient du contact physique direct entre une personne infectée ou colonisée et un autre hôte réceptif.

- ▶ **Par contact indirect** on entend le transfert passif de microorganismes à un hôte réceptif par le biais d'un objet intermédiaire comme des mains contaminées qui n'ont pas été lavées entre des patients, des instruments contaminés ou d'autres objets inanimés qui se trouvent dans l'environnement immédiat du patient.

2.2 La transmission par gouttelettes

A trait à de grosses gouttelettes, de diamètre supérieur ou égal à $5\ \mu\text{m}$, qui sont produites par les voies respiratoires de la source (la personne infectée) lorsqu'elle tousse ou éternue, ou lors de procédures comme l'aspiration ou la bronchoscopie. Ces gouttelettes sont expulsées à une distance de moins de un mètre dans l'air et se déposent sur la muqueuse nasale ou buccale du nouvel hôte (la personne nouvellement infectée) ou dans l'environnement immédiat. Ces grosses gouttelettes ne demeurent pas en suspension dans l'air; par conséquent, il n'y a pas besoin de ventilation spéciale étant donné qu'il ne se produit pas de véritable aérosolisation (voir ci-dessous).

2.3 La transmission par voie aérogène

A trait à la dissémination des microorganismes par aérosolisation. Les organismes sont renfermés dans le noyau de gouttelettes, soit des particules en suspension dans l'air mesurant moins de $5\ \mu\text{m}$ qui résultent de l'évaporation de grosses gouttelettes ou dans des particules de poussière renfermant des squames de peau et autres débris qui restent en suspension dans l'air pendant longtemps¹³. Ces microorganismes sont largement dispersés par les courants d'air et ils sont inhalés par les hôtes réceptifs qui peuvent se trouver à une certaine distance des patients ou des personnes sources, se trouvant même dans des pièces ou des salles différentes de l'hôpital. Le contrôle de la transmission par voie aérogène est le plus difficile car il nécessite le contrôle du courant d'air par le biais de systèmes de ventilation spéciaux.

2.4 Preuves du mode de transmission de l'influenza

La section suivante a été adaptée à partir du Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*, 1999⁵.

Les organismes, particulièrement les virus respiratoires expulsés dans de grosses gouttelettes, demeurent viables dans les gouttelettes qui se déposent sur les objets se trouvant dans l'environnement immédiat du patient. Il a été démontré que les virus A et B de l'influenza survivent sur des surfaces dures non poreuses pendant 24 à 48 heures, sur des mouchoirs en tissu et du papier mouchoir pendant huit à 12 heures et sur les mains pendant cinq minutes¹⁴. Le virus survit mieux à faible humidité relative comme c'est le cas durant l'hiver dans les zones tempérées.

Le contact avec les sécrétions respiratoires et les grosses gouttelettes semble être la cause de la plupart des transmissions de l'influenza. Dans un rapport concernant une éclosion d'influenza dans un foyer de soins infirmiers, le modèle de propagation suggérait une transmission par contact plutôt que par voie aérogène parce que les patients qui étaient alimentés par tube ou qui nécessitaient de fréquentes aspirations présentaient des taux d'infection plus élevés que ceux qui n'avaient pas besoin de tels soins¹⁵.

Que l'influenza soit transmise naturellement ou non par voie aérogène prête à controverse^{16,17}. Une éclosion d'influenza dans un avion de ligne a été attribuée à une propagation par voie aérogène, mais une propagation par grosses gouttelettes aurait pu en être la cause car les passagers étaient très entassés et se sont déplacés pendant plusieurs heures dans un petit avion au sol¹⁸. Bien que la transmission expérimentale du virus A de l'influenza par voie aérogène chez la souris ait été signalée¹⁹, il n'existe aucune preuve d'une telle transmission chez l'homme.

2.4.1 Mode de transmission de l'influenza

L'influenza se transmet directement, principalement par contact de gouttelettes avec les muqueuses buccales, nasales ou peut-être même conjonctivales, avec les sécrétions oropharyngiennes d'une personne infectée. L'influenza se transmet indirectement par les mains et les articles fraîchement souillés par les sécrétions du nez et de la gorge de personnes très malades ou qui toussent⁶.

2.5 Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission de l'influenza

La section suivante a été adaptée à partir du Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*, 1999⁵.

Les pratiques de base décrivent l'importance du lavage des mains avant et après avoir pris soin des patients; la nécessité d'utiliser des gants, des masques, des lunettes protectrices, des écrans faciaux et des blouses lorsqu'il y a risque de projections et d'éclaboussures de sang, de liquides organiques, de sécrétion ou d'excrétion; le nettoyage de l'équipement utilisé pour soigner les patients, l'environnement physique des patients et la literie souillée; les précautions pour réduire la possibilité d'exposition des travailleurs de la santé à des agents pathogènes transmis par le sang et le placement des patients. Les pratiques de base sont les pratiques de prévention et de contrôle de l'infection qui doivent être suivies dans les soins de base dispensés à tous les patients en tout temps et dans tous les établissements de soins de santé.

Des précautions additionnelles sont nécessaires lorsque les pratiques de base ne suffisent pas à prévenir la transmission. Au cours des années interpandémiques, les lignes directrices de Santé Canada recommandent qu'en plus des pratiques de base, qui devraient être suivies pour les soins à prodiguer aux patients, des précautions additionnelles (les précautions visant à prévenir la transmission par gouttelettes et par contact) devraient être prises pour les patients pédiatriques⁵ et adultes atteints d'influenza (communication personnelle, réunion nationale de concertation sur les mesures de contrôle de l'infection auprès des patients présentant des maladies respiratoires aiguës, à Gatineau, au Québec, le 24 novembre 2003). Cette recommandation représente un changement puisque, dans le passé, il n'était pas clair si des précautions additionnelles étaient requises pour les adultes atteints d'influenza.

Les enfants et les adultes qui sont en possession de leurs capacités physiques et cognitives doivent être encouragés à avoir une bonne hygiène : c.-à-d. se servir de papiers-mouchoirs jetables pour s'essuyer le nez; se couvrir la bouche et le nez lorsqu'ils éternuent et qu'ils toussent; se laver les mains/aseptiser les mains après avoir toussé, éternué ou utilisé un papier-mouchoir; et se tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez). Par conséquent, la prévention de la transmission de l'influenza se fait en observant

scrupuleusement les pratiques de base (c.-à-d. bonne hygiène) et en employant des précautions additionnelles⁵.

Les pratiques de base et les précautions additionnelles visant à prévenir la transmission de l'infection sont importantes lors de la prestation des soins de santé dans tous les établissements de soins de santé lors d'une pandémie. Il est possible que certaines pratiques de base et recommandations additionnelles en matière de précaution ne puissent être réalisées qu'au cours des premières phases d'une pandémie parce qu'il est possible qu'elles ne puissent pas être suivies lorsque la pandémie se propage et que les ressources (équipement, fournitures et travailleurs) deviennent rares. Étant donné que la gestion des patients à risque élevé sera plus compliquée dans les hôpitaux de soins pour malades aigus, il semble raisonnable que les ressources destinées au contrôle de l'infection soient accordées en priorité aux établissements de soins pour malades aigus.

La conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie. Les procédures visant l'hygiène des mains doivent être renforcées selon l'appendice III.

2.6 Utilisation de masques durant une pandémie

Bien qu'il ne soit pas prouvé hors de tout doute que l'utilisation de masques ait prévenu la transmission de l'influenza au cours des pandémies précédentes, il serait prudent qu'au cours de la première phase d'une pandémie d'influenza, les travailleurs de la santé portent un masque lorsqu'ils sont face-à-face à des personnes qui toussent, afin de réduire au minimum la transmission de l'influenza. L'emploi de masques est conseillé lorsque l'immunisation et les antiviraux ne sont pas encore disponibles, mais cela n'est pas pratique ni utile lorsque la transmission a atteint la communauté.

Les travailleurs de la santé peuvent porter un masque pour prévenir la transmission d'autres organismes provenant de patients présentant une toux qui ne porte pas encore de diagnostic. Pour les besoins de ce document, le terme masque réfère à des masques de chirurgien et non pas à des masques spéciaux ni à des respirateurs. Les masques spéciaux, c.-à-d. des masques anti-poussières ou anti-brouillard à haute efficacité sont requis pour les patients atteints de tuberculose infectieuse et pour les travailleurs de la santé non immuns qui entrent dans la chambre d'un patient atteint de rougeole ou de varicelle disséminée.

Lorsque l'on utilise un masque de chirurgien⁵ :

- ▶ le masque ne doit être utilisé qu'une seule fois et changé lorsqu'il devient humide (parce que les masques deviennent inefficaces lorsqu'ils sont humides)
- ▶ le masque doit couvrir le nez et la bouche
- ▶ éviter de toucher le masque lorsqu'il est en place
- ▶ jeter tous les masques dans un réceptacle approprié
- ▶ ne pas laisser le masque pendre autour du cou

2.7 Infectivité du virus de l'influenza

La période d'incubation de l'influenza est de un à trois jours et la période de transmissibilité (durée d'élimination du virus) se poursuit jusqu'à sept jours après l'apparition de la maladie⁵ probablement de trois à cinq jours à partir de la manifestation clinique chez les adultes et jusqu'à sept jours chez l'enfant²⁰.

Les personnes infectées par l'influenza ont tendance à excréter davantage de virus dans leurs sécrétions respiratoires au début de la maladie^{21,22} et les patients sont plus infectieux pendant les 24 heures qui précèdent l'apparition des symptômes et au cours de la période la plus symptomatique²³. L'excrétion du virus peut être plus longue chez les bébés⁵, prolongée chez les enfants en bas âge et les patients immunodéficients²⁰. Il n'a pas été établi si l'excrétion du virus chez les résidents âgés d'établissements de soins prolongés durait plus longtemps que dans la population adulte²⁴.

On ne dispose d'aucune information pour déterminer si la période de transmissibilité sera différente en cas de pandémie d'influenza. La durée de l'excrétion d'un nouveau virus (souche pandémique) est inconnue. Il est possible qu'une excrétion prolongée puisse se produire lors d'une pandémie étant donné que le système immunitaire n'aura pas été préalablement exposé à des souches apparentées²⁵.

Les mains peuvent être contaminées par le virus de l'influenza par contact avec des surfaces ou des objets inanimés se trouvant dans l'environnement immédiat d'un patient atteint d'une infection grippale. Il a été montré que les virus A et B de l'influenza survivent pendant 24 à 48 heures sur des surfaces dures et non poreuses, jusqu'à huit à 12 heures sur du tissu, du papier et des mouchoirs de papier; et jusqu'à cinq minutes sur les mains après un transfert des surfaces environnementales¹⁴.

« **Le virus de l'influenza est promptement rendu inactif par les germicides de l'hôpital, les produits de nettoyage ménager, le savon, le lavage des mains ou les produits d'hygiène des mains** ». Il n'est donc pas nécessaire d'avoir des produits antiseptiques pour se laver les mains dans les établissements de soins de santé ni d'employer des produits antibactériens pour le lavage des mains à la maison parce que les produits courants employés avec de bonnes procédures de lavage des mains inactivent le virus de l'influenza.

Infectivité du virus de l'influenza

1. Période d'incubation	un à trois jours.
2. Période de transmissibilité	Infectieux un jour avant l'apparition des symptômes et peut-être plus de sept jours suivant l'apparition des symptômes.

3.0 Gestion de la santé au travail et du contrôle des infections en cas de pandémie d'influenza dans des établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels

3.1 Planification de la santé au travail et du contrôle des infections en cas de pandémie d'influenza

Un vaste consensus a émergé en ce qui concerne les plans visant l'influenza pandémique : les plans devraient viser à réduire la morbidité, la mortalité et la perturbation sociale liées à l'influenza. Nombreux sont ceux qui reconnaissent que les préparatifs pour la prochaine pandémie nécessitent de mettre en place une infrastructure durant la période interpandémique pour les raisons suivantes :

- (a) la détection rapide de nouvelles variantes et de nouvelles maladies qu'elles peuvent engendrer,
- (b) la production et la fourniture de vaccins antigrippaux et d'agents antiviraux aux groupes cibles hautement prioritaires,
- (c) la diffusion rapide et l'échange d'informations,
- (d) l'état de préparation en cas d'urgence.

Les plans de lutte contre la pandémie devraient décrire les responsabilités des institutions qui joueront un rôle dans l'intervention contre une pandémie. Le plan devrait également être divisé en phases qui décrivent en détail une intervention étape par étape servant à l'identification et à la propagation subséquente d'un nouveau virus, ainsi qu'à la capacité d'adapter l'intervention si un nouveau virus ne se propage pas, comme cela s'est produit en 1976 et 1977¹⁰.

La planification et la gestion de l'influenza pandémique sont directement reliées à la force de la stratégie en place pour la gestion de l'influenza interpandémique; un plan interpandémique efficace aura un effet sur le résultat du plan en cas de pandémie¹².

« Les tendances de la société moderne, notamment la disponibilité accrue du transport humain rapide et l'urbanisation de la population humaine qui s'accroît rapidement ont tendance à faciliter la propagation de l'influenza et à accroître la morbidité. La médecine moderne peut réduire la mortalité qui provenait de complications de l'infection par le virus de l'influenza durant les épidémies précédentes, mais le coût des interventions médicales a augmenté au point qu'il faudrait envisager des méthodes efficaces de contrôle de l'épidémie. **Ce défi offre une occasion de mettre au point, de mettre à l'essai et d'instaurer une stratégie de contrôle de l'influenza interpandémique avant la prochaine pandémie** »¹².

Au cours d'une pandémie d'influenza, il est extrêmement important de respecter les politiques et procédures visant la prévention et de contrôle de l'infection afin de prévenir la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses. On prévoit que ni l'immunisation contre l'influenza ni la chimioprophylaxie ne seront disponibles lors des premières étapes de la pandémie et peut-être qu'elles ne seront même pas disponibles au cours des stades ultérieurs, ce qui obligera à mettre l'accent sur les pratiques de prévention et de contrôle de l'infection.

3.1.1 Recommandations

1. Tous les organismes responsables des établissements de soins de santé traditionnels (c.-à-d. de soins pour malades aigus, prolongés, ambulatoires, à domicile et communautaires) et ceux (c.-à-d. les organismes d'attache) responsables de la planification des établissements de soins non traditionnels (c.-à-d. les lieux de triage, de soins auto-administrés et les hôpitaux temporaires prévus pour les personnes atteintes d'influenza), et qui ne fonctionnent que pendant une pandémie d'influenza doivent mettre au point un plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion de la pandémie d'influenza. Le plan doit être élaboré en fonction des lignes directrices et de contrôle des infections publiées par Santé Canada^{3,5,6,9} et selon les plans d'urgence fédéraux, provinciaux, territoriaux, municipaux et régionaux avec un groupe multidisciplinaire qui comprenne notamment :
 - (a) des représentants d'organismes traditionnels et non traditionnels, dont :
 - ▶ l'administration médicale
 - ▶ l'administration infirmière
 - ▶ les médecins
 - ▶ les services infirmiers
 - ▶ l'établissement physique et l'entretien ménager
 - ▶ la santé au travail
 - ▶ la prévention et le contrôle de l'infection
 - ▶ les services de pharmacie
 - ▶ les services d'urgence
 - ▶ l'inhalothérapie
 - ▶ les affaires publiques
 - ▶ les services d'éducation
 - ▶ les services de laboratoire
 - (b) le personnel de la santé publique;
 - (c) les fournisseurs de soins communautaires;
 - (d) les planificateurs locaux en cas de pandémie;
 - (e) les travailleurs des services funéraires;
 - (f) les planificateurs locaux en cas de catastrophes.

↑AIII

2. Les établissements non traditionnels qui ne sont pas liés à un organisme d'« attache » doivent élaborer leur plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion de la pandémie d'influenza avec un organisme qui assumerait ce rôle « d'organisme d'attache ». La santé publique pourrait être dans la meilleure position pour planifier ou faire fonctionner de tels établissements, bien qu'il faudrait qu'il y ait des négociations et une corroboration.

↑AIII

3. Le plan de prévention de l'infection et de santé au travail pour la gestion d'une pandémie d'influenza dans les établissements traditionnels et non traditionnels devrait être passé en revue tous les trois ans et mis à jour selon la législation actuelle et les publications pertinentes.

↑AIII

4. Le plan de contrôle de l'infection et de santé au travail pour la gestion d'une pandémie d'influenza dans les établissements traditionnels et non traditionnels devrait comprendre la préparation d'information éducative à l'intention des travailleurs de la santé (voir le glossaire pour la définition de ce terme, voir l'article 4.1 pour l'éducation des travailleurs de la santé et l'article 3.5 pour les recommandations visant la gestion de la santé au travail lors d'une pandémie).

↑AIII

5. Le plan de contrôle et de santé au travail pour la gestion d'une pandémie d'influenza devrait comprendre des recommandations visant l'utilisation du vaccin antigrippal et de la chimioprophylaxie pour les travailleurs de la santé conformément au document sur les vaccins (annexe D) du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

↑AIII

6. La planification à une pandémie d'influenza devrait comprendre un soutien pour des programmes afin de rencontrer les taux canadiens de couverture cible de l'immunisation contre le pneumocoque²⁶⁻²⁸.

↑AIII

7. **La conformité rigoureuse envers les recommandations visant le lavage des mains et l'antisepsie des mains (voir l'appendice III) est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une épidémie.**

La planification devrait comprendre l'assignation d'une priorité à la fourniture suffisante de produits d'hygiène des mains pour tous les établissements de soins de santé en cas d'interruption d'approvisionnement ou de pénurie de produits antiseptiques, de savon et de serviettes.

↑AII

8. La planification devrait comprendre la priorité de maintenir des ressources suffisantes pour le contrôle de l'infection dans les hôpitaux de soins pour malades aigus (savon, produits antiseptiques, masques, lunettes de protection, écrans faciaux, gants, blouses) en raison de la complexité accrue et des questions de gestion des patients hospitalisés.

↑AII

9. La planification devrait comprendre la garantie que l'on offre à tous les travailleurs de la santé (voir le glossaire pour la définition de ce terme) une immunisation contre l'hépatite B^{6,9}. En autant que les ressources le permettent, les travailleurs de la santé devraient également bénéficier d'un test de sensibilité cutanée à la tuberculine et devraient disposer d'une preuve d'immunité à la rougeole-oreillons-rubéole (ROR) et recevoir une injection de rappel contre le tétanos, le cas échéant⁶.

↑AII

3.2 Définitions pour les besoins du contrôle de l'infection et de la gestion de la santé au travail relative aux patients/personnel atteints du syndrome grippal (SG)

3.2.1 Syndrome grippal (SG)

Veillez voir le terme « influenza » dans le glossaire.

Veillez consulter l'appendice IV pour y trouver l'Outil d'évaluation du SG. Un outil d'évaluation du SG doit être employé pour effectuer le triage immédiat des patients ou du personnel et des logements/cohorte de patients, avant de passer à une gestion plus avancée au niveau de la santé au travail ou clinique.

3.2.2 Définition d'un cas clinique

Veillez voir le terme « influenza » dans le glossaire.

3.2.3 Confirmation d'un cas d'influenza

Veillez voir le terme « influenza » dans le glossaire.

3.2.4 Immunité contre l'influenza

Au cours d'une épidémie, il est probable que la plupart des cas d'influenza seront causés par la souche pandémique. Les données sur les pandémies de 1957 et 1968 démontrent que la souche d'influenza pandémique qui circulait auparavant a disparu de la circulation humaine lorsque la souche pandémique du virus de l'influenza a émergé²⁵. Par conséquent, une fois qu'un travailleur s'est rétabli d'un SG au cours d'une phase pandémique antérieure, on peut prendre pour acquis qu'il est immunisé contre la souche d'influenza pandémique.

Les individus qui ont été immunisés contre la souche d'influenza pandémique devront également être considérés comme étant immuns, en reconnaissant le fait que le vaccin contre l'influenza n'offre peut-être pas une protection totale. Par conséquent, à l'encontre des individus qui se sont rétablis de l'influenza pandémique ou du SG, les individus vaccinés devraient être surveillés pour le SG en utilisant l'Outil d'évaluation du SG, qui se trouve à l'appendice IV.

3.3 Immunisation contre l'influenza lors d'une pandémie

Voir le document sur les vaccins (annexe D) du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. La disponibilité du vaccin contre l'influenza dans les premières phases d'une pandémie est incertaine. Lorsque le vaccin sera disponible, il sera fourni aux groupes prioritaires établis selon les recommandations du Groupe de travail sur les vaccins. Les travailleurs de la santé et les stagiaires, bénévoles, etc. qui sont recrutés pour effectuer les tâches d'un travailleur de la santé doivent être considérés comme étant hautement prioritaires.

3.4 Utilisation des antiviraux lors d'une pandémie d'influenza

Voir le document sur les antiviraux (annexe E) du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. La disponibilité des antiviraux dans les premières phases d'une pandémie est incertaine. Lorsqu'ils seront disponibles, les antiviraux seront fournis aux groupes prioritaires établis en fonction des recommandations proposées par le Groupe de travail sur les antiviraux. Les travailleurs de la santé et les stagiaires, bénévoles, etc. qui sont recrutés pour accomplir les tâches d'un travailleur de la santé doivent être considérés comme étant hautement prioritaires.

3.5 Gestion de la santé au travail des travailleurs de la santé lors d'une pandémie d'influenza

Les expressions « apte au travail », « inapte au travail » et « apte au travail avec restrictions » sont utilisées en santé du travail afin de communiquer la capacité d'un travailleur à demeurer ou à retourner au travail selon sa sensibilité à l'influenza, son statut d'immunisation et son accord d'utiliser des antiviraux⁶. Au cours des premières phases d'une pandémie, la disponibilité du vaccin et des antiviraux sera limitée et ils seront fournis aux groupes prioritaires. Les travailleurs de la santé et les stagiaires, bénévoles, etc. qui sont recrutés pour accomplir les fonctions d'un travailleur de la santé doivent faire partie des groupes prioritaires (voir les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

3.5.1 Recommandations

1. Apte au travail

- (a) De façon idéale, les travailleurs de la santé sont aptes au travail lorsque l'une des conditions suivantes s'applique :
 - (i) ils se sont rétablis du SG (voir définition du SG dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV) au cours des premières phases de la pandémie,
 - (ii) ils ont été immunisés contre la souche d'influenza pandémique tel que décrit l'annexe D du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, ou (iii) ils prennent des antiviraux appropriés tel que décrit dans les documents sur les antiviraux de l'annexe E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Ces travailleurs de la santé peuvent travailler avec tous les patients et être choisis pour travailler dans des unités où il y a des patients qui, s'ils étaient atteints de l'influenza, présenteraient un risque élevé de complications.

↑AIII
- (b) Chaque fois que cela sera possible, les travailleurs de la santé non exposés et sains doivent travailler dans des zones où il n'y a pas d'influenza.

↑AIII
- (c) Les travailleurs de la santé asymptomatiques peuvent travailler même si le vaccin contre l'influenza et les antiviraux ne sont pas disponibles. On portera une attention méticuleuse à l'hygiène des mains et on évitera de toucher les muqueuses des yeux et de la bouche afin de prévenir l'exposition au virus de l'influenza et à d'autres organismes infectieux.

↑AIII

2. Inapte au travail

De façon idéale, le personnel atteint d'un SG doit être considéré comme « inapte au travail » et ne doit pas travailler, mais en raison des ressources limitées, on peut lui demander de travailler s'il se sent suffisamment bien pour le faire. (Voir 3(b) ci-dessous.)

↑**AIII**

3. Apte au travail avec restrictions

(a) Le personnel symptomatique considéré comme « apte au travail avec restrictions » ne doit travailler qu'avec des patients présentant un SG. On devrait exiger que les travailleurs de la santé qui doivent travailler avec des patients non exposés (zone où il n'y a pas d'influenza) portent un masque s'ils toussent et qu'ils portent une attention particulière à l'hygiène des mains.

↑**AIII**

(b) Les travailleurs de la santé symptomatiques qui se portent suffisamment bien pour travailler ne doivent pas être redéployés dans les soins intensifs; les pouponnières²⁹⁻³¹ ou les unités où se trouvent des patients sévèrement immunodéprimés, c'est-à-dire les receveurs de greffes³², les patients en hématologie/oncologie³³⁻³⁵, les patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique ou d'une maladie pulmonaire ou les patients atteints du VIH/sida et les patients dialysés.

↑**AII**

4.0 Sensibilisation à l'influenza pandémique

4.1 Sensibilisation des travailleurs de la santé à l'influenza pandémique (notamment les secours médicaux d'urgence, le personnel de salons mortuaires et les travailleurs de la santé dans le secteur correctionnel)

Recommandations

1. Fournir de l'information éducative aux travailleurs, dès que la Phase 0, niveau 1 d'une pandémie est déclarée, selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé (voir l'appendice II). Répéter fréquemment les efforts de sensibilisation de ces travailleurs à tous les échelons et à tous les quarts de travail.

↑**AIII**

2. Adapter l'information sur la pandémie d'influenza pour l'auditoire visé et utiliser diverses méthodes pour la diffuser, p. ex., des affiches dans les ascenseurs et aux entrées d'immeubles, des brochures, des bulletins et des sites Web.

↑**AIII**

3. Voici l'information éducative qui devrait être préparée et diffusée à l'intention des travailleurs :

(a) expliquer que l'influenza pandémique est une nouvelle souche d'influenza et ce qu'on entend par pandémie;

(b) le plan de lutte contre une pandémie d'influenza propre à l'établissement;

(c)

information sur les lieux de triage (voir la section 7.1), l'autosoins (voir la section 7.2) et les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza (voir la section 7.3);

- (d) la différence entre une infection des voies respiratoires supérieures et l'influenza (voir l'introduction de la section sur l'État de préparation du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza);
- (e) les modes de transmission de l'influenza (voir la section 2.4);
- (f) les critères de diagnostic du syndrome grippal (SG) (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV) et de l'influenza (voir la définition dans le glossaire);
- (g) les risques d'infection et de complications subséquentes au sein des groupes à risque élevé;
- (h) le message que **la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/l'antiseptie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et est elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie.** (voir l'appendice III);
- (i) information sur l'importance des mesures d'hygiène (voir la section 2.5) pour minimiser la transmission de l'influenza, étant donné que l'immunisation ou la prophylaxie contre l'influenza ne seront peut-être pas disponibles avant une phase plus avancée de la pandémie;
- (j) information indiquant que durant les premières phases d'une pandémie d'influenza, les travailleurs de la santé pourraient porter des masques lorsqu'ils sont face-à-face avec des personnes qui toussent pour minimiser la transmission de l'influenza (surtout lorsque l'immunisation et les antiviraux ne sont pas encore disponibles). Souligner que cette précaution s'avère peu pratique ou utile, une fois que l'influenza s'est propagé dans la collectivité (voir la section 2.6). Le port d'un masque par les travailleurs de la santé peut être utile pour prévenir la transmission d'autres organismes de patients ayant une toux qui ne porte pas encore de diagnostic;
- (k) qui aura la priorité la plus élevée pour l'immunisation, lorsqu'un vaccin deviendra disponible;
- (l) l'importance de se faire immuniser et l'innocuité du vaccin (voir les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza);
- (m) qui aura la priorité la plus élevée pour l'administration de la prophylaxie, lorsque des antiviraux deviendront disponibles, l'importance et l'innocuité de la prophylaxie (voir les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

↑BIII

4. L'information sur les procédures habituelles et des précautions supplémentaires pour prévenir la transmission de l'infection lors de la prestation des soins de santé dans tous les établissements de soins de santé durant une pandémie est importante, mais certaines de ces recommandations ne seront applicables qu'au cours des phases précoces d'une pandémie et d'autres seront impossibles à appliquer à mesure que la pandémie se propagera et que les ressources se feront rares (matériel, fournitures et personnel).

↑BIII

5. Consacrer en priorité les ressources de contrôle de l'infection aux établissements de soins pour malades aigus en raison de la complexité de la prise en charge des patients à risque élevé dans ces établissements.
↑BIII
6. Former ceux qui travailleront dans les établissements non traditionnels sur les procédures de base, tel que décrit dans le présent document. Se reporter à la section 7.1 sur les lieux de triage, à la section 7.2, sur l'autosoins et à la section 7.3 sur les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza.
↑BIII
7. Assurer, dans les établissements de soins de santé traditionnels, une formation sur les procédures courantes décrites dans le Guide de prévention des infections de Santé Canada, qui est intitulé Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé, 1999.
↑BIII
8. Fournir aux travailleurs de la santé des recommandations sur la gestion de la santé au travail des travailleurs lors d'une pandémie (voir la section 3.5).
↑BIII

4.2 Sensibilisation du public à l'influenza pandémique (y compris les travailleurs des services de garderie, les enseignants, les travailleurs des refuges, les travailleurs des services correctionnels, etc.)

Recommandations

1. Fournir de l'information sur l'épidémiologie et le mode de transmission de l'influenza pour le public visé et utiliser diverses méthodes pour la diffuser, p. ex., des affiches dans les entrées d'immeubles, des brochures, des bulletins, des sites Web, des annonces à la radio et à la télévision dès que la Phase 0, Niveau 1 d'une pandémie selon l'OMS est déclarée (voir l'appendice II).
↑AIII
2. Voici l'information qui devrait être préparée et diffusée à l'intention des travailleurs :
 - (a) expliquer que l'influenza pandémique est une nouvelle souche d'influenza et ce qu'on entend par pandémie;
 - (b) information sur les autosoins (voir la section 7.2 et l'annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza) et pour les besoins des lieux de triage et des hôpitaux temporaires prévus pour les personnes atteintes d'influenza (voir l'annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza);
 - (c) la différence entre une infection des voies respiratoires supérieures et l'influenza (voir l'introduction de la section sur l'État de préparation du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza);
 - (d) les modes de transmission de l'influenza (voir la section 2.4);
 - (e) les critères de diagnostic du syndrome grippal (SG) (Voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV) et de l'influenza (voir la définition dans le glossaire);

- (f) le risque d'infection et de complications subséquentes au sein des groupes à risque élevé;
- (g) le message que : **la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et est elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie;**
- (h) information sur l'importance des mesures d'hygiène, c.-à-d. s'essuyer le nez avec des papiers-mouchoirs jetables; se couvrir la bouche et le nez avant d'éternuer ou de tousser, laver/aseptiser les mains après avoir toussé, éternué ou utilisé un papier-mouchoir, se tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez pour minimiser la transmission de l'influenza, étant donné que l'immunisation ou la prophylaxie contre l'influenza ne seront peut-être pas disponibles avant une phase plus avancée de la pandémie; les modes de transmission de l'influenza;
- (i) information à l'effet que le virus de l'influenza est facilement inactivé par le savon et les produits courants de nettoyage domestique;
- (j) information indiquant que durant les premières phases d'une pandémie d'influenza, les travailleurs de la santé pourraient porter des masques lorsqu'ils sont face-à-face avec des personnes qui toussent pour minimiser la transmission de l'influenza (surtout lorsque l'immunisation et les antiviraux ne sont pas encore disponibles). Souligner que cette précaution s'avère peu pratique ou utile, une fois que l'influenza s'est propagé dans la collectivité. Dans les établissements de soins de santé, les travailleurs de la santé doivent porter des masques pour prévenir la transmission d'autres organismes de patients ayant une toux qui ne porte pas encore de diagnostic (voir la section 2.6);
- (k) qui aura la priorité pour l'immunisation, lorsqu'un vaccin deviendra disponible, l'importance de se faire immuniser et l'innocuité du vaccin (voir la section sur l'État de préparation du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza);
- (l) qui aura la priorité pour l'administration de la prophylaxie, lorsque des antiviraux deviendront disponibles, l'importance et l'innocuité de la prophylaxie (voir l'annexe E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

↑AIII

3. Fournir de l'information pour encourager ceux qui présentent des symptômes de SG (voir l'appendice IV pour y trouver l'Outil d'évaluation du SG) mais qui n'ont pas besoin de soins de santé formels de rester à la maison jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent.

↑BIII

4. Fournir de l'information pour inciter ceux qui sont atteints du SG (voir l'appendice IV pour y trouver l'Outil d'évaluation du SG) d'éviter de rendre visite à des personnes à risque élevé de développer des complications si elles attrapaient l'influenza dans des établissements de soins de santé (soins actifs et soins de longue durée) jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent.

↑BIII

5. Aviser le public d'éviter les rassemblements publics tel que décrit à la section suivante, afin de minimiser l'exposition.

↑BIII

5.0 Restrictions de la santé publique visant les rassemblements publics

En vertu des lois provinciales/territoriales sur la santé publique, les médecins hygiénistes ont le pouvoir d'imposer des mises en quarantaine d'individus ou de groupes, s'ils le jugent nécessaire, pour lutter contre des maladies infectieuses. Lors de la pandémie d'influenza qui a frappé l'Alberta en 1918, les autorités ont pris des mesures draconiennes pour lutter contre l'infection : port obligatoire d'un masque lorsque les gens se trouvaient en public, fermeture des écoles, des églises et des cinémas; interdiction de rassemblements publics; mise en quarantaine de villes entières. (Ces informations proviennent de l'exposé sur les mesures de lutte contre la pandémie d'influenza en Alberta donné par le Dr K Grismsrud lors de la réunion sur la planification canadienne contre une pandémie, qui s'est déroulée à Montréal en mai 2001).

Dans sa revue historique sur la pandémie de 1918 aux États-Unis, Keen-Payne³⁶ signale que de nombreuses villes ont mis en œuvre des mesures similaires pour essayer de lutter contre la propagation de la pandémie. À Chicago, les personnes qui éternuaient sans se couvrir la bouche ou qui crachaient par terre risquaient d'être arrêtées et de recevoir une amende. Les églises étaient restées ouvertes, mais les paroissiens étaient priés de rester à la maison s'ils étaient malades. De plus, les prêtres laissaient ouvertes les fenêtres des églises lors de la célébration de messes pour favoriser la ventilation des lieux. Durant la troisième semaine d'octobre 1918 (point culminant de la deuxième vague pandémique), les autorités ont fermé les théâtres, les salles de réception, les amphithéâtres, les restaurants et les cinémas.

Le 10 octobre à Newark, les autorités ont tout simplement interdit les rassemblements publics. Comme les magasins de vins et de spiritueux étaient autorisés à rester ouverts pour vendre leurs produits mais qu'il était interdit de se rassembler dans les églises, il y a eu de la confusion au sein de la population au sujet de ce qu'on entendait par « interdiction de rassemblement ». Face aux protestations des églises, l'interdiction fut levée le 21 octobre. À San Diego, les autorités ont fermé toutes les installations publiques (les bibliothèques, les salles de billard, les réunions hebdomadaires du club des femmes), ainsi que toutes les réunions en plein air, sauf celles qui étaient destinées à la vente d'obligations d'épargne « liberty ». Après avoir été levée, l'interdiction a dû être imposée de nouveau en raison de la hausse du nombre de nouveaux cas d'influenza. Les citoyens n'ont jamais vraiment été favorables à ces mesures³⁶.

On a commencé à supposer que la propagation de l'influenza durant l'été 1918 dans des camps militaires américains ne s'est produite qu'à la rentrée des classes en automne³⁷. À l'automne, la vague pandémique a touché près de 40 % des écoliers aux États-Unis³⁸.

À la suite de l'épidémie qui a frappé le Japon en 1957, les autorités ont modifié leur politique de vaccination contre l'influenza, ayant constaté que la fréquentation scolaire avait joué un rôle important dans la propagation de cette épidémie. Elles ont fermé les écoles un peu partout. Dans certaines régions, jusqu'à 60 % des écoliers étaient atteints de l'influenza. Près de 8 000 personnes en sont mortes. Dans leur nouvelle politique, les autorités ont indiqué que « tous les écoliers doivent être vaccinés, parce qu'ils sont le principal vecteur de propagation de la maladie ». Dans une étude sur l'efficacité de la politique de vaccination des écoliers au Japon (sur une période de 25 ans) pour réduire l'incidence de l'influenza et la mortalité due à cette maladie chez les personnes âgées, les chercheurs ont conclu que la vaccination des écoliers au Japon avait freiné la propagation de l'influenza au sein de la population âgée³⁹.

Il existe des preuves que la fermeture des écoles modifie l'évolution de la transmission d'une infection^{12,40,41}. Selon des études réalisées durant des années pandémiques et des années interpandémiques, la tranche d'âges la plus touchée par les pandémies est celle des

écoliers¹². D'autres études ont montré que la répartition de l'âge des patients présentant une culture positive évoluait au fil des épidémies. Au début, les écoliers présentent des cultures positives, puis les enfants d'âge préscolaire et ensuite les adultes durant la dernière partie de l'épidémie⁴². Les auteurs ont observé que pour les épidémies d'influenza visées par ces études, une hausse de l'absentéisme scolaire était souvent suivie d'une augmentation de l'absentéisme dans les milieux de travail.

On estime qu'il n'est plus possible de prévenir une pandémie en gérant l'exposition, en raison du grand nombre de voyages internationaux et de la croissance de la population dans de nombreuses régions du monde. Pour atténuer la propagation d'une pandémie d'influenza, on a proposé diverses mesures, dont les suivantes : l'utilisation de prophylaxies antivirales, l'interdiction de rassemblements et peut-être les mises en quarantaine⁴³.

Il n'existe aucune donnée ou directive pour déterminer quels rassemblements publics il faudrait interdire, et quand le faire, pour tenter de limiter la propagation d'une pandémie d'influenza au sein d'une collectivité. Il faudrait clarifier ce qu'on entend par rassemblement public et déterminer les rassemblements qui seraient autorisés parce qu'ils sont de nature essentielle. Parmi les lieux de rassemblements, il y a notamment les modes de transport (routier, ferroviaire et aérien), les garderies, les écoles, les magasins, les lieux de travail, les lieux de culte, les salons mortuaires et les événements communautaires (culturels/sportifs).

Il faudrait appliquer, dans les instances et entre celles-ci, une stratégie cohérente et systématique pour déterminer quand, comment et quoi interdire pour limiter la transmission d'une infection dans une collectivité. La stratégie serait définie en fonction de la virulence de la souche à l'origine de la pandémie et du stade d'avancement de la pandémie au sein de l'ensemble de la population. Consulter le document sur les Mesures de santé publique de la section sur l'État de préparation du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour trouver des recommandations plus détaillées en santé publique que celles qui figurent ci-dessous.

5.1 Recommandations

1. Les médecins hygiénistes doivent prévoir une stratégie d'interdiction des rassemblements publics. Cette interdiction doit intervenir suffisamment tôt pour affecter la transmission de l'infection. La stratégie devrait comprendre notamment :
 - (a) une définition de ce qu'on entend par rassemblement public;
 - (b) un calendrier de mise en œuvre de la stratégie, en fonction de la progression des phases de la pandémie;
 - (c) la possibilité d'application et la cohérence de la stratégie d'une instance à l'autre;
 - (d) la disponibilité de vaccins et d'antiviraux et l'ordre de priorité de leur administration; tel que préconisé dans les documents sur les vaccins et les antiviraux des annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza;
 - (e) une évaluation du besoin d'inclure les écoliers dans un groupe hautement prioritaire pour l'administration de vaccins ou d'antiviraux, lors des premières phases d'une pandémie.

†BIII

Partie B. Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins de santé traditionnels

1.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins pour malades aigus

Les établissements de soins pour malades aigus regroupent les patients qui présentent un risque élevé de développer des complications graves, parfois mortelles, suite à l'influenza. En outre, la morbidité et la mortalité liées aux infections acquises en milieu hospitalier (nosocomiales) sont bien plus fortes dans les populations recevant des soins actifs que dans les autres populations.

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre la pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans les établissements de soins pour malades aigus, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

Recommandations

1.1 Prévention de l'influenza pandémique

A. Immunisation et antiviraux

Il est primordial de suivre les recommandations données à l'égard des vaccins et des antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, tel que décrit dans les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

1.2 Contrôle de l'influenza pandémique

A. Installations physiques

1. Lorsque la Phase 2 de la pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il faut ouvrir les lieux de triage prévus dans les hôpitaux de soins pour malades aigus, tel que préconisé dans la section sur l'État de préparation du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

↑AIII

2. Lorsque la Phase 2 de la pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il faut ouvrir les zones/unités de cohorte prévues⁴ de l'hôpital (voir les sections F et G ci-dessous), tel que préconisé dans le Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie.

↑AIII

B. Gestion du personnel

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.
2. Suivre les recommandations visant la gestion de la santé au travail décrites à la section 3.5.

C. Pratiques de contrôle de l'infection

1. Pratiques de base

Les établissements de soins pour malades aigus doivent respecter les lignes directrices publiées afin de prévenir les infections acquises à l'hôpital (c.-à-d. nosocomiales), notamment le Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵.

2. Précautions additionnelles

Bien que des précautions soient recommandées pour se protéger des gouttelettes et du contact afin de prévenir la transmission de l'influenza durant une période interpandémique, ces précautions ne seront pas réalisables durant une pandémie. Par contre, le respect des pratiques de base est faisable durant une pandémie.

Voici un résumé des pratiques de base :

(a.) Hygiène des mains

Le personnel, les patients et les visiteurs doivent **prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et qu'elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie.**

- i. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'appendice III.

↑AII

- ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des patients/travailleurs de la santé atteints du SG ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑AII

(b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

- i. Les patients, le personnel et les visiteurs doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

↑AIII

(c) Équipement de protection individuelle

i. Masques

1. **On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza** lorsque l'on se trouve en face de personnes qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté. **↑BIII**
2. **Les masques doivent être portés afin de prévenir la transmission d'autres organismes**, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients qui toussent mais qui n'ont pas reçu de diagnostic. **↑BIII**
3. Les masques, les lunettes protectrices ou les écrans faciaux **doivent être portés** afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on considère que les masques de chirurgien offrent une protection adéquate.^{9,44,45} **↑BIII**
4. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.
5. Utiliser les masques, tel que décrit à la section 2.6.

ii. Gants

1. Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza. Un lavage des mains méticuleux au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rend le virus inactif. **↑AIII**
2. **Il faut porter des gants** pour offrir une barrière protectrice additionnelle entre les mains des travailleurs de la santé et le sang, les liquides organiques, les sécrétions, les excréments et les muqueuses ainsi que pour réduire le transfert possible de microorganismes de patients infectés aux travailleurs de la santé et de patient à patient par le biais des mains des travailleurs de la santé. **↑AII**
3. Les travailleurs de la santé qui présentent des lésions ouvertes aux mains **doivent absolument porter des gants** lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux patients. **↑AII**
4. **Il faut utiliser des gants** comme mesure additionnelle, et non pas comme une solution de remplacement pour l'hygiène des mains^{46, 47}. **↑BII**
5. Les gants ne doivent pas être réutilisés ni lavés⁴⁷. **↑AII**

iii. Blouses

1. Les blouses ne sont pas nécessaires pour prodiguer les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.

↑**AI**

2. **Les blouses à manches longues ne doivent être utilisées** que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements durant les procédures et les activités de soins aux patients qui risquent de provoquer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions^{9,45}.

↑**BIII**

3. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone/lésion ouverte aux avant-bras ou la peau exposée soit couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède courante dès que possible.

↑**BIII**

(d) Nettoyage, désinfection et stérilisation de l'équipement utilisé dans les soins aux patients

- i. Les établissements de soins pour malades aigus doivent suivre les recommandations visant le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de l'équipement utilisé dans les soins aux patients tel que décrit dans le Guide de Prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*³ et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵.

↑**AIII**

(e) Contrôle environnemental (entretien ménager, buanderie, déchets)

- i. Les établissements de soins pour malades aigus doivent suivre les recommandations visant l'entretien ménager, la buanderie et la gestion des déchets tel que décrit dans le Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*³ et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵.

↑**AIII**

- ii. L'équipement et les surfaces contaminés par des sécrétions de patients soupçonnés d'être atteints d'influenza ou chez qui l'influenza a été confirmé doivent être nettoyés avant d'être utilisés pour un autre patient.

↑**BIII**

- iii. Il n'est pas nécessaire de suivre des consignes spéciales pour manipuler la literie ou les déchets contaminés par les sécrétions de patients chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'en être atteints.

↑**AII**

D. Logement

1. Les chambres individuelles dans les établissements de soins pour malades aigus⁵ sont limitées et elles doivent être réservées aux patients que l'on soupçonne de présenter une infection aérogène, par exemple la tuberculose, la rougeole, la varicelle, le zona disséminé ou chez qui l'atteinte est confirmée et à ceux qui souillent visiblement l'environnement ou pour lesquels on ne peut pas maintenir une hygiène appropriée.

↑AII

2. Réduire au minimum l'entassement (c.-à-d., conserver une séparation spatiale de un mètre) entre les patients, les visiteurs et les travailleurs de la santé dans la mesure du possible.

↑AIII

E. Triage/regroupement des patients

1. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il faut ouvrir les zones/unités de regroupement⁴ précisées de l'hôpital, tel que préconisé dans le Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie :
 - (a) **Aire d'évaluation du syndrome grippal (SG).** (Voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV);
 - (b) **Aire d'évaluation des maladies autres que le syndrome grippal** (les patients nécessitent une évaluation des soins de santé à administrer pour d'autres pathologies);
 - (c) **Soupçonné de présenter un SG/exposé au SG; unités pour les patients hospitalisés;**
 - (d) **Influenza confirmé** (voir la définition dans le glossaire), unités pour les patients hospitalisés;
 - (e) **Patients non exposés ou immuns* à l'influenza, unités pour les patients hospitalisés;**
 - (f) **Non exposé au SG mais présentant un risque élevé de complications, unités pour les patients hospitalisés** (p. ex., soins intensifs, pouponnières²⁹⁻³¹ ou unités ayant des patients gravement immunodéprimés, par exemple des receveurs de greffes³², des patients en hématologie/oncologie³³⁻³⁵, des patients ayant une maladie cardiaque ou pulmonaire chronique ou des patients atteints du VIH/sida et des patients dialysés).

↑AIII

Remarque : les personnes immunes* sont celles qui se sont rétablies de la souche d'influenza pandémique ou celles qui sont immunisées contre la souche d'influenza pandémique (voir la section 3.2.4). Tel que noté, il est possible que le vaccin ne soit pas efficace à 100% à conférer une immunité.

2. Dans les établissements de soins pour malades aigus (hôpitaux), il convient de faire un triage rapide des patients atteints du SG dans une clinique d'évaluation distincte réservée à l'influenza sur les lieux afin de réduire au minimum la transmission à d'autres personnes dans la salle d'attente.

↑AIII

3. Dans les hôpitaux de soins pour malades aigus (hôpitaux), il convient de faire un triage rapide des patients qui ne sont pas atteints du SG (mais qui nécessitent une évaluation des soins actifs) vers des lieux d'attente et d'examen physiquement séparés de la clinique d'évaluation du SG afin d'éviter leur exposition au SG.

↑AIII

F. Admission des patients

1. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il convient d'éliminer ou de suspendre les admissions hospitalières pour soins médicaux et chirurgicaux non urgents dans l'hôpital de soins pour malades aigus et de restreindre la chirurgie cardio-vasculaire et pulmonaire aux cas d'urgence¹⁷.

↑AIII

2. Les patients qui se sont rétablis de l'influenza peuvent être déplacés dans les zones de regroupement « non influenza » après la fin de la période de transmissibilité de la souche pandémique.

↑AIII

3. Au fur et à mesure que la pandémie progresse, on peut fusionner la cohorte des « soupçonnés/exposés » avec celle chez qui l'influenza est « confirmé ».

↑AIII

4. Conserver les principes des cohortes jusqu'à ce que la vague de pandémie ait été déclarée comme étant terminée.

↑AIII

G. Restrictions de l'activité des patients

1. Limiter le mouvement et les activités des patients, notamment les transferts à l'intérieur de l'hôpital, à moins que le patient ne se soit rétabli de l'influenza.

↑AIII

2. Les patients atteints du SG et qui toussent ne doivent quitter leur chambre que pour des procédures urgentes ou nécessaires.

↑AIII

3. Les patients présentant un SG et qui toussent doivent porter un masque de chirurgien chaque fois qu'ils doivent sortir de leur chambre, jusqu'à ce que la période de transmissibilité de la souche pandémique soit terminée.

↑AIII

H. Restrictions concernant les visiteurs

1. Il n'y a aucune restriction pour les visiteurs asymptomatiques qui se sont rétablis de l'influenza pandémique ou qui ont été immunisés contre la souche d'influenza pandémique.

↑AIII

2. Les visiteurs atteints du SG ne doivent pas rendre visite aux patients jusqu'à ce qu'ils soient asymptomatiques. Les parents proches des malades terminaux peuvent être exemptés, mais ils doivent porter un masque dès leur entrée dans l'établissement et restreindre leur visite uniquement à ce patient.

↑AIII

3. Les visiteurs doivent être informés lorsqu'il y a une activité d'influenza dans les établissements de soins pour malades aigus. Il convient d'inciter ceux qui n'ont pas encore été en contact avec la souche d'influenza pandémique ou qui n'ont pas été immunisés contre la souche pandémique à ne pas faire de visite. Les parents proches des patients en phase terminale peuvent être exemptés mais ils doivent restreindre leur visite à ce patient uniquement et se laver les mains dès la sortie de la chambre du patient. Le port d'un masque à l'entrée de l'établissement n'est utile que s'il n'y a pas d'influenza dans la communauté.

↑AIII

2.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins prolongés

L'influenza pandémique est une cause majeure de maladie et de décès chez les résidents des établissements de soins prolongés pour personnes âgées, en partie en raison de l'âge des résidents et du fait que la maladie sous-jacente accroît le risque de complications graves et en partie parce que la vie en institution accroît le risque d'écllosion de l'influenza^{24,48,49}. On peut raisonnablement s'attendre à ce que l'influenza pandémique ait le même impact que dans les établissements de soins pour malades aigus.

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre la pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans les établissements de soins prolongés, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

Recommandations

2.1 Prévention de l'influenza pandémique

A. Immunisation et antiviraux

Il est nécessaire de suivre les recommandations données à l'égard des vaccins et des antiviraux pour les résidents et les travailleurs de la santé, tel que décrit dans les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

2.2. Contrôle de l'influenza pandémique

A. Installations physiques

Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il faut ouvrir la zone prévue pour dispenser les soins aux résidents qui auront besoin de « soins actifs contre l'influenza », tel que prédéterminé dans le Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie, afin de réduire au minimum le transfert aux hôpitaux de soins pour malades aigus (voir aussi la section F ci-dessous et la section sur l'État de préparation du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

↑AIII

B. Gestion du personnel

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.
2. Suivre les recommandations visant la gestion de la santé au travail décrites à la section 3.5.

C. Pratiques de contrôle de l'infection

1. Pratiques de base

Les établissements de soins prolongés doivent respecter les lignes directrices publiées^{50,51} afin de prévenir les infections acquises à l'hôpital (c.-à-d. nosocomiales), notamment le Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵.

2. Précautions additionnelles

Bien que des précautions soient recommandées pour se protéger des gouttelettes et du contact afin de prévenir la transmission de l'influenza durant une période interpandémique, ces précautions ne seront pas réalisables durant une pandémie. Par contre, le respect des pratiques de base est faisable durant une pandémie.

Voici un résumé des pratiques de base :

- (a) Hygiène des mains

- i. Le personnel, les résidents et les visiteurs doivent **prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et qu'elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie**. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'appendice III.

↑AII

- ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des résidents/travailleurs de la santé atteints du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV) ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑AII

- (b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

- i. Le personnel, les résidents et les visiteurs doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et à comprendre l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

↑AIII

(c) Équipement de protection individuelle

i. Masques

1. **On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza** lorsque l'on se trouve en face de personnes qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté. **↑BIII**
2. **Les masques doivent être portés afin de prévenir la transmission d'autres organismes**, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de résidents qui toussent mais qui n'ont pas reçu de diagnostic. **↑BIII**
3. **Les masques, les lunettes protectrices ou les écrans faciaux doivent être portés** afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on considère que les masques de chirurgien offrent une protection adéquate^{9,44,45}. **↑BIII**
4. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.
5. Utiliser les masques, tel que décrit à la section 2.6.

ii. Gants

1. **Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser les soins de base aux résidents chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.** Un lavage des mains méticuleux au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rend le virus inactif. **↑AIII**
2. **Il faut porter des gants** pour offrir une barrière protectrice additionnelle entre les mains des travailleurs de la santé et le sang, les liquides organiques, les sécrétions, les excréments et les muqueuses ainsi que pour réduire le transfert possible de microorganismes de résidents infectés aux travailleurs de la santé et de résident à résident par le biais des mains des travailleurs de la santé. **↑AII**
3. Les travailleurs de la santé qui présentent des lésions ouvertes aux mains **doivent absolument porter des gants** lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux résidents. **↑AII**
4. **Il faut utiliser des gants** comme mesure additionnelle, et non pas comme une solution de remplacement pour l'hygiène des mains^{46,47}. **↑BII**
5. **Les gants** ne doivent pas être réutilisés ni lavés⁴⁷. **↑AII**

iii. Blouses

1. **Les blouses ne sont pas nécessaires pour prodiguer les soins de base aux résidents chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.**

↑**AI**

2. **Les blouses à manches longues ne doivent être utilisées** que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements durant les procédures et les activités de soin aux résidents qui risquent de provoquer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions^{9,45}.

↑**BIII**

3. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone/lésion ouverte aux avant-bras ou la peau exposée soit couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède courante dès que possible.

↑**BIII**

(d) Nettoyage, désinfection et stérilisation de l'équipement utilisé dans les soins aux résidents

- i. Les établissements de soins prolongés doivent suivre les recommandations visant le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de l'équipement utilisé dans les soins aux résidents tel que décrit dans le Guide de Prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*³ et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵.

↑**AIII**

(e) Contrôle environnemental (entretien ménager, buanderie, déchets)

- i. Les établissements de soins prolongés doivent suivre les recommandations visant l'entretien ménager, la buanderie et la gestion des déchets tel que décrit dans le Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*³ et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵.

↑**AIII**

- ii. L'équipement et les surfaces contaminés par des sécrétions de résidents soupçonnés d'être atteints d'influenza ou chez qui l'influenza a été confirmé doivent être nettoyés avant d'être utilisés pour un autre résident.

↑**BIII**

- iii Il n'est pas nécessaire de suivre des consignes spéciales pour manipuler la literie ou les déchets contaminés par les sécrétions de résidents chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'en être atteints.

↑**AII**

D. Transfert aux soins pour malades aigus

1. Les résidents atteints d'influenza (voir la définition dans le glossaire) ou du syndrome grippal (SG) (Voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV) qui nécessitent des soins plus actifs ne devraient pas être transférés dans un établissement de soins pour malades aigus. Ces résidents devraient être soignés dans un lieu prévu d'avance de « soins actifs contre l'influenza » au sein même de l'établissement de soins prolongés, tel que décrit dans le Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie.

↑BIII

E. Admission et réadmission

1. Les patients provenant des soins pour malades aigus qui se sont rétablis de l'influenza pandémique ou qui sont immunisés contre la souche d'influenza pandémique peuvent être admis dans les établissements de soins prolongés sans restriction.

↑AIII

2. Les résidents qui ont été transférés aux soins pour malades aigus et qui se sont rétablis de l'influenza pandémique ou qui ont été immunisés contre la souche d'influenza pandémique peuvent être réadmis dans les établissements de soins prolongés sans restriction.

↑AIII

3. Les établissements de soins prolongés qui ont déjà connu l'influenza pandémique dans leurs installations peuvent admettre des individus de la communauté ou des personnes provenant d'établissements de soins pour malades aigus sans restriction.

↑AIII

4. Les établissements de soins prolongés qui sont restés « exempts d'influenza » peuvent admettre des patients provenant d'établissements de soins pour malades aigus ou de la communauté qui ont peut-être été exposés à l'influenza. Ces résidents devraient toutefois être gérés en suivant les précautions de lutte contre l'influenza (conserver une séparation spatiale de un mètre, porter un masque si l'on se trouve à moins de un mètre du résident et insister sur l'hygiène des mains) pendant trois jours jusqu'à ce que la période d'incubation soit passée, si aucun symptôme d'influenza ne se manifeste ou pendant sept jours après l'apparition des symptômes, si l'influenza se développe.

↑AIII

F. Regroupement

1. Le regroupement des groupes de résidents (c'est-à-dire confirmés ou soupçonnés d'être atteints d'influenza, exposés ou non à l'influenza) ne constitue pas une mesure réalisable pour contrôler l'influenza pandémique au sein d'un établissement de soins prolongés. Lorsque l'influenza a été identifié dans une zone de l'établissement de soins prolongés (via des résidents, le personnel ou des visiteurs) on peut supposer que l'établissement a été exposé et il faut alors appliquer les mesures suivantes :

- (a) annuler, retarder les procédures internes et externes, les rendez-vous et les activités jusqu'à ce que l'activité de l'influenza ait cessé;
- (b) inciter les résidents qui toussent à rester dans leur propre chambre afin d'éviter la propagation de l'influenza dans d'autres lieux communs.

↑AIII

G. Restrictions concernant les visiteurs

1. Il n'y a aucune restriction concernant les visiteurs asymptomatiques qui se sont rétablis de l'influenza pandémique ou qui ont été immunisés contre la souche d'influenza pandémique.
↑AIII
2. Si l'établissement de soins prolongés est resté « exempt d'influenza » les visiteurs atteints du SG ne doivent pas rendre visite aux résidents jusqu'à ce qu'ils soient rétablis. Les visiteurs des résidents en phase terminale peuvent être exemptés, mais ils doivent porter un masque dès leur entrée dans l'établissement et restreindre leur visite uniquement à ce résident.
↑AIII
3. Il faut informer les visiteurs lorsqu'il y a une activité d'influenza dans l'établissement de soins prolongés. Les visiteurs qui n'ont pas encore été en contact avec la souche d'influenza pandémique et qui ne sont pas immunisés contre la souche pandémique devraient être incités à ne pas rendre visite aux patients. Les visiteurs des malades en phase terminale peuvent être exemptés, mais ils doivent restreindre leur visite à ce résident seulement et se laver les mains dès la sortie de la chambre du résident. Le port d'un masque à l'entrée de l'établissement n'est utile que s'il n'y a pas d'influenza dans la communauté.
↑AIII

3.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins ambulatoires

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre la pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans les établissements de soins pour malades aigus, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

Recommandations

3.1 Prévention de l'influenza pandémique

A. Immunisation et antiviraux

Il est primordial de suivre les recommandations données à l'égard des vaccins et des antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, tel que décrit dans les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

3.2 Contrôle de l'influenza pandémique

A. Administration

1. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il faut annuler les visites non urgentes et courantes dans les services de soins ambulatoires.
↑BIII
2. Songer à créer une « ligne d'urgence » réservée afin de donner des renseignements cohérents sur l'influenza pandémique de manière à expliquer les symptômes du SG (voir

la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV), le but des services de triage (voir l'annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza) et les lignes directrices d'autosoins (voir 7.2 et l'annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

↑**AIII**

3. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il faut ouvrir les lieux de triage des soins ambulatoires, tel que décrit dans la section sur l'État de préparation du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

↑**AIII**

4. Les patients qui se trouvent dans les services ambulatoires en raison de troubles ayant trait au syndrome grippal (SG) doivent être évalués avec l'Outil d'évaluation du SG (voir l'appendice IV).

↑**AIII**

B. Installations physiques

1. Si possible, séparer les patients sains de ceux qui présentent un SG en envisageant les stratégies suivantes : (a) en réduisant au minimum le temps passé dans les salles d'attente; (b) en offrant des entrées/lieux d'attente distincts aux patients atteints du SG; (c) en plaçant les patients atteints du SG directement dans une chambre individuelle; (d) en séparant les patients aussi rapidement que possible en plaçant les patients présentant un SG dans une zone de la salle d'attente séparée d'au moins un mètre des patients qui n'ont pas de SG.

↑**AIII**

2. Retirer les magazines et les jouets des salles d'attente.

↑**AIII**

3. Nettoyer aussi fréquemment que possible, de préférence après chaque patient, l'équipement et les surfaces environnementales qui pourraient être contaminées par des patients qui toussent.

↑**AII**

C. Gestion du personnel

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.
2. Suivre les recommandations visant la gestion de la santé au travail décrites à la section 3.5.

D. Pratiques de contrôle des infections

1. Les services de soins ambulatoires doivent suivre les lignes directrices publiées sur la prévention des infections⁵²⁻⁵⁸ pour prévenir les infections, y compris le Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵.

2. Précautions additionnelles

Bien que des précautions soient recommandées pour se protéger des gouttelettes et du contact afin de prévenir la transmission de l'influenza durant une période interpandémique, ces précautions ne seront pas réalisables durant une pandémie. Par contre, le respect des pratiques de base est faisable durant une pandémie.

Voici un résumé des pratiques de base :

(a) Hygiène des mains

- i. Le personnel, les patients et ceux qui s'occupent des patients doivent **prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et qu'elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie**. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'appendice III.

↑**AII**

- ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des patients atteints du SG ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑**AII**

(b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

- i. Les travailleurs des soins ambulatoires et leurs patients doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

↑**AIII**

(c) Équipement de protection individuelle

- i. Masques, protection des yeux et écrans faciaux

1. **On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza** lorsque l'on se trouve en face de personnes qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

↑**BIII**

2. **Les masques doivent être portés afin de prévenir la transmission d'autres organismes**, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients qui toussent mais qui n'ont pas reçu de diagnostic.

↑**BIII**

3. **Les masques, les lunettes protectrices ou les écrans faciaux doivent être portés** afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on considère que les masques de chirurgien offrent une protection adéquate^{9,44,45}.

↑**BIII**

4. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.
5. Utiliser les masques, tel que décrit à la section 2.6.

ii. Gants

1. **Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.** Un lavage des mains méticuleux au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rend le virus inactif. **↑AIII**
2. **Il faut porter des gants** pour offrir une barrière protectrice additionnelle entre les mains des travailleurs de la santé et le sang, les liquides organiques, les sécrétions, les excréments et les muqueuses ainsi que pour réduire le transfert possible de microorganismes de patients infectés aux travailleurs de la santé et de patient à patient par le biais des mains des travailleurs de la santé. **↑AII**
3. Les travailleurs de la santé qui présentent des lésions ouvertes aux mains **doivent absolument porter des gants** lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux patients. **↑AII**
4. **Il faut utiliser des gants** comme mesure additionnelle, et non pas comme une solution de remplacement pour l'hygiène des mains^{46,47}. **↑BII**
5. **Les gants** ne doivent pas être réutilisés ni lavés⁴⁷. **↑AII**

iii. Blouses

1. **Les blouses ne sont pas nécessaires pour prodiguer les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.** **↑AI**
2. **Les blouses à manches longues ne doivent être utilisées** que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements durant les procédures et les activités de soin aux patients qui risquent de provoquer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments^{9,45}. **↑BIII**
3. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone/lésion ouverte aux avant-bras ou la peau exposée soit couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède courante dès que possible. **↑BII**

E *Activité/transport des patients*

Les patients atteints du SG ne doivent quitter la zone des soins ambulatoires que pour subir des procédures essentielles.

↑AIII

4.0 *Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de soins à domicile (soins fournis par des travailleurs de la santé réglementés ou non réglementés)*

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre la pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans les milieux de soins à domicile, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

Recommandations

4.1 *Prévention de l'influenza pandémique*

A. *Immunisation et antiviraux*

1. Il est nécessaire de suivre les recommandations données à l'égard des vaccins et des antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, tel que décrit dans les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

4.2. *Contrôle de l'influenza pandémique*

A. *Installations physiques*

1. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il faut annuler les visites de soins à domicile qui ne sont pas absolument nécessaires.

↑BIII

B. *Gestion du personnel*

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.
2. Suivre les recommandations sur la gestion de la santé au travail décrites à la section 3.5.

C. *Pratiques de contrôle de l'infection*

1. Dans les endroits où l'on pratique les soins à domicile, il faut respecter les lignes directrices publiées sur la prévention des infections⁵⁹⁻⁶² y compris le Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵.

2. Précautions additionnelles

Bien que des précautions soient recommandées pour se protéger des gouttelettes et du contact afin de prévenir la transmission de l'influenza durant une période interpandémique, ces précautions ne seront pas réalisables durant une pandémie. Par contre, le respect des pratiques de base est faisable durant une pandémie.

Voici un résumé des pratiques de base :

(a) Hygiène des mains

- i. Le personnel de la santé, les clients et les membres du ménage doivent **prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et qu'elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie.** Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'appendice III.

↑**AII**

- ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des clients atteints du SG ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑**AII**

- iii. S'il n'y a pas d'eau courante disponible ou que des installations ne sont pas accessibles pour se laver les mains, suivre les étapes ci-dessous pour l'antisepsie efficace des mains :

appliquer un produit d'hygiène des mains à base d'alcool sur les mains sèches (l'humidité dilue l'alcool) et se frotter vigoureusement les mains pendant le temps indiqué par le fabricant ou jusqu'à ce que les mains soient sèches;

s'il y a eu un fort souillage microbien, s'essuyer d'abord les mains avec une serviette afin de faire partir la souillure visible.

↑**AI**

(b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

Les travailleurs de la santé et leurs clients doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

↑**AIII**

(c) Équipement de protection individuelle

i. Masques, protection des yeux et écrans faciaux

1. **On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza** lorsque l'on se trouve en face de personnes qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

↑**BIII**

2. **Les masques doivent être portés afin de prévenir la transmission d'autres organismes**, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients qui toussent mais qui n'ont pas reçu de diagnostic.

↑**BIII**

3. **Les masques, les lunettes protectrices ou les écrans faciaux doivent être portés** afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on considère que les masques de chirurgien offrent une protection adéquate^{9,44,45}.

↑**BIII**

4. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.

5. Utiliser les masques, tel que décrit à la section 2.6.

ii. Gants

1. **Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.** Un lavage des mains méticuleux au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rend le virus inactif.

↑**AIII**

2. **Il faut porter des gants** pour offrir une barrière protectrice additionnelle entre les mains des travailleurs de la santé et le sang, les liquides organiques, les sécrétions, les excréments et les muqueuses ainsi que pour réduire le transfert possible de microorganismes de clients infectés aux travailleurs de la santé.

↑**AII**

3. Les travailleurs de la santé qui présentent des lésions ouvertes aux mains **doivent absolument porter des gants** lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux patients.

↑**AII**

4. **Il faut utiliser des gants comme mesure additionnelle**, et non pas comme une solution de remplacement pour l'hygiène des mains^{46,47}.

↑**BII**

5. **Les gants** ne doivent pas être réutilisés ni lavés⁴⁷.

↑**AII**

iii. Blouses

1. Les blouses ne sont pas nécessaires pour prodiguer les soins de base aux clients chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.

↑**AI**

2. **Les blouses à manches longues ne doivent être utilisées** que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements durant les procédures et les activités de soin aux patients qui risquent de provoquer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions^{9,45}.

↑**BIII**

3. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone/lésion ouverte aux avant-bras ou la peau exposée soit couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excrétions doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède courante dès que possible.

↑**BIII**

D. Triage

1. Effectuer une évaluation du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV) du client et de ses contacts du foyer par téléphone si possible, avant un rendez-vous ou avant de se rendre au domicile. Évaluer le risque d'influenza du client ou des contacts ménagers.

↑**AIII**

2. Fournir aux clients et aux membres de la famille des informations au sujet des symptômes du SG, les lignes directrices sur l'auto-traitement, ainsi que sur les lieux de triage (voir l'annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

↑**AIII**

3. Conseiller les clients et les contacts du foyer d'éviter les rassemblements publics afin de minimiser l'exposition.

E. Visiteurs

1. Seuls les visiteurs sains (asymptomatiques/non exposés) doivent visiter les patients gravement immunodéprimés au domicile, p. ex., les receveurs de greffes³², les patients en hématologie/oncologie³³⁻³⁵, les patients ayant une maladie cardiaque ou respiratoire chronique ou ceux atteints du VIH/sida et les patients dialysés, ainsi que les patients qui risquent d'avoir de complications graves s'ils sont infectés par l'influenza.

↑**AIII**

2. Les visiteurs des malades en phase terminale peuvent être exemptés.

↑**AIII**

5.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements de soins communautaires

5.1 Gestion de l'influenza pandémique dans les services de secours d'urgence

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre l'influenza pandémique. Les fournisseurs de secours d'urgence doivent être un groupe prioritaire pour recevoir une vaccination contre l'influenza et la chimioprophylaxie lorsqu'elle est disponible pendant une pandémie. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections.

Recommandations

A. Planification contre l'influenza pandémique

1. La direction doit veiller à attribuer la responsabilité du contrôle de l'infection et de la santé au travail à une personne en particulier dans le service de secours d'urgence. **↑AIII**
2. La direction doit élaborer un plan de lutte contre l'influenza pandémique et le revoir annuellement. En outre, un plan de lutte contre l'influenza pandémique doit être élaboré tel que décrit à la section 3.1 et revu tous les trois ans. **↑AIII**
3. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.
4. La gestion des travailleurs de secours d'urgence doit être conforme à la section 3.5 sur la santé au travail.

B. Contrôle de l'influenza pandémique

1. Immunisation/chimioprophylaxie

Au cours des premières phases de la pandémie, les vaccins et les antiviraux ne seront peut-être pas disponibles. Les travailleurs essentiels (y compris ceux des services d'urgence) auront une priorité élevée pour l'immunisation lorsque le vaccin sera disponible (voir les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

2. Pratiques de prévention de l'infection

Les travailleurs des services de secours d'urgence doivent suivre les pratiques de base de contrôle des infections^{5,63,64}. Tout le sang et les sécrétions corporelles des patients doivent être considérés comme étant infectieux et il faut utiliser en conséquence l'équipement de protection individuelle et les techniques de protection.

Précautions additionnelles

Bien que des précautions soient recommandées pour se protéger des gouttelettes et du contact afin de prévenir la transmission de l'influenza durant une période interpandémique, ces précautions ne seront pas réalisables durant une pandémie. Par

contre, le respect des pratiques de base est faisable durant une pandémie. Voici un résumé des pratiques de base :

(a.) Hygiène des mains

i. La conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'appendice III.

↑**AII**

ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des individus chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'en être atteints, ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑**AII**

iii. Les rince-mains antiseptiques sans eau sont supérieurs au savon et à l'eau pour réduire la contamination des mains⁶⁵⁻⁶⁸ et doivent être mis à la disposition du personnel en tant que solution de remplacement pour le lavage des mains. Les rince-mains antiseptiques sont particulièrement utiles lorsque le temps pour se laver les mains ou l'accès à des éviers est limité.

↑**BIII**

iv. Lorsqu'il y a des souillures visibles, il faut se laver les mains au savon et à l'eau avant d'utiliser un rince-mains antiseptique sans eau. S'il n'y a ni eau ni savon, il faut d'abord se nettoyer les mains avec des serviettes imprégnées de détergent.

↑**BIII**

v. Le port de gants n'élimine pas la nécessité d'observer les mesures d'hygiène des mains après que les services aient été prodigués. Dès qu'on le peut, il faut se laver les mains après avoir retiré les gants.

↑**AI**

(b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

i. Les fournisseurs des secours d'urgence doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.


↑**AIII**

(c) Équipement de protection individuelle

i. Masques

1. **On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza** lorsque l'on se trouve en face de personnes qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

↑**BIII**

- 
2. **Les masques doivent être portés afin de prévenir la transmission d'autres organismes**, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients qui toussent mais qui n'ont pas reçu de diagnostic. ↑**BIII**
 3. **Les masques, les lunettes protectrices ou les écrans faciaux doivent être portés** afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on considère que les masques de chirurgien offrent une protection adéquate^{9,44,45}. ↑**BIII**
 4. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.
 5. Utiliser les masques, tel que décrit à la section 2.6.
- ii. Gants
1. **Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser les soins de base aux patients chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.** Un lavage des mains méticuleux au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rend le virus inactif. ↑**AIII**
 2. **Il faut porter des gants** pour offrir une barrière protectrice additionnelle entre les mains des travailleurs de la santé et le sang, les liquides organiques, les sécrétions, les excréments et les muqueuses ainsi que pour réduire le transfert possible de microorganismes de patients infectés aux travailleurs de la santé. ↑**AII**
 3. Les travailleurs de la santé qui présentent des lésions ouvertes aux mains **doivent absolument porter des gants** lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux patients. ↑**AII**
 4. **Il faut utiliser des gants comme mesure additionnelle**, et non pas comme une solution de remplacement pour l'hygiène des mains^{46, 47}. ↑**AII**
 5. Les gants ne doivent pas être réutilisés ni lavés⁴⁷. ↑**AII**
- iii. Blouses
1. **Les blouses ne sont pas nécessaires pour prodiguer les soins de base aux patients atteints du SG.** ↑**AI**
 2. **Les blouses à manches longues ne doivent être utilisées** que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements durant les procédures et les activités de soin aux patients qui risquent de provoquer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments^{9,45}. ↑**BIII**

3. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone/lésion ouverte aux avant-bras ou la peau exposée soit couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède courante dès que possible.

↑**BIII**

(d) Triage des patients

Lorsque cela est faisable, le personnel chargé de répondre aux appels d'urgence ayant trait au syndrome grippal (SG) devrait trier les patients conformément à l'Outil d'évaluation du SG (voir l'appendice IV).

↑**AIII**

(e) Contrôle environnemental (entretien ménager, buanderie, déchets)

i. Les fournisseurs de secours d'urgence doivent suivre les recommandations visant l'entretien ménager, la buanderie et la gestion des déchets tel que décrit dans le Guide de prévention des infections de Santé Canada – *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*³ et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵.

↑**AIII**

ii. L'équipement et les surfaces contaminés par des sécrétions de patients soupçonnés d'être atteints d'influenza ou chez qui l'influenza est confirmé doivent être nettoyés avant d'être utilisés pour un autre patient.

↑**BIII**

iii. Il n'est pas nécessaire de suivre des mesures particulières de manutention de la literie et des déchets contaminés par les sécrétions de patients soupçonnés d'être atteints d'influenza ou chez qui l'influenza est confirmé.

↑**AII**

(f) Équipement utilisé dans les soins aux patients (nettoyage, désinfection, stérilisation)

i. Les fournisseurs de secours d'urgence doivent suivre les recommandations visant le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de l'équipement utilisé dans les soins aux patients tel que décrit dans le Guide de *Prévention des infections de Santé Canada – Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*³ et *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵.

↑**AIII**

5.2 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements mortuaires

Le risque de transmission de l'influenza aux travailleurs des services funéraires passe par leur contact avec les familles et les amis du défunt, mais pas avec la dépouille proprement dite. La manipulation d'une dépouille d'une personne que l'on soupçonne d'être décédée des suites de l'influenza ou dont le décès de l'influenza est confirmé ne pose aucun risque supplémentaire de transmission de l'influenza aux travailleurs des maisons funéraires. Les dépouilles des morts (soupçonnés d'être décédés de l'influenza ou dont l'influenza a été confirmée comme cause de décès au cours d'années interpandémiques ou pandémiques) ne

nécessitent qu'une manipulation habituelle. Les recommandations sur la prévention des infections pour la profession des services funéraires ont été publiées^{9,69}.

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre l'influenza pandémique. Pour empêcher au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections.

Recommandations

A. Planification contre l'influenza pandémique

1. La direction doit veiller à attribuer la responsabilité du contrôle de l'infection et de la santé au travail à une personne en particulier dans les établissements mortuaires; préférablement à une personne qui a déjà eu une formation professionnelle. **↑AIII**
2. La direction doit élaborer un plan de lutte contre l'influenza pandémique et le revoir annuellement. En outre, un plan de lutte contre l'influenza pandémique doit être élaboré tel que décrit à la section 3.1 et revu tous les trois ans.
3. La direction doit dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.1.

B. Prévention de l'influenza pandémique

Immunisation/chimioprophylaxie

1. Au cours des premières phases de la pandémie, les vaccins et les antiviraux ne seront peut-être pas disponibles. Les travailleurs essentiels (y compris les travailleurs des services funéraires) auront une priorité élevée pour l'immunisation lorsque le vaccin sera disponible (voir les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

Pratiques de prévention de l'infection

1. Les travailleurs des services funéraires doivent suivre les pratiques de base de contrôle des infections^{9,69} en manipulant tous les corps des défunts peu importe la cause confirmée ou soupçonnée du décès. Tout le sang et les sécrétions corporelles des patients doivent être considérés comme étant infectieux et il faut utiliser en conséquence l'équipement de protection individuelle et les techniques de protection. **↑AIII**

(a) Hygiène des mains

- i. La conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'appendice III. **↑AII**

- ii. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des individus chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'en être atteints, ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑AII

(b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

- i. Les travailleurs des services funéraires doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

↑AIII

(c) Équipement de protection individuelle

i. Masques

- 1. Il n'est pas nécessaire de porter un masque pour minimiser la transmission de l'influenza lorsqu'on manipule des dépouilles de personnes soupçonnées d'être décédées suite à l'influenza ou dont la cause confirmée du décès est l'influenza au cours d'une pandémie.

↑BIII

- 2. Il n'est ni pratique ni utile de porter un masque lorsqu'on fait face à des personnes qui toussent afin de prévenir la transmission de l'influenza au cours d'une pandémie lorsque la transmission est entrée dans la communauté.

↑BIII

5.3 Gestion de l'influenza pandémique dans les services de garderie

Les maladies infectieuses se déclarent à une fréquence accrue dans les services de garderie. L'incidence est influencée par l'âge et l'immunité des enfants, le nombre d'enfants et la taille du groupe, le degré de contacts étroits entre les enfants et le personnel, ainsi que les habitudes des enfants et du personnel en matière d'hygiène. Les infections acquises dans les services de garderie peuvent se propager au personnel, aux membres de la famille et à la communauté.

L'influenza dans les services de garderie peut être importante parce que l'excrétion du virus dans les sécrétions nasales se poursuit habituellement pendant environ sept jours après l'apparition de la maladie et peut-être plus prolongée chez les enfants en bas âge²³. Les taux d'atteinte de l'influenza chez les enfants sains sont estimés être de 10 % à 40 % chaque année, dont environ 1 % nécessitent une hospitalisation.

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre une pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans les services de garderie, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

Recommandations

A. Planification contre l'influenza pandémique

1. Il faut désigner une personne dans le programme comme responsable du programme de contrôle de l'infection⁷⁰ et de santé au travail. ↑AIII
2. La direction doit élaborer un plan de lutte contre l'influenza pandémique et le revoir annuellement. En outre, un plan de lutte contre l'influenza pandémique doit être élaboré tel que décrit à la section 3.1 et revu tous les trois ans.
3. La direction doit dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.2.

Contrôle de l'influenza pandémique

A. Immunisation/chimioprophylaxie

1. Dans les premières phases d'une pandémie, les vaccins et les antiviraux ne sont peut-être pas facilement disponibles. (Voir les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza).

B. Pratiques de contrôle de l'infection

1. Les travailleurs de garderie doivent suivre les pratiques de base de prévention des infections⁷¹⁻⁷⁷ notamment les procédures visant le lavage des jouets.

(a) Hygiène des mains

1. Les travailleurs, les enfants et leurs familles doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et qu'elle pourrait être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie. Les procédures concernant l'hygiène des mains doivent être renforcées conformément à l'appendice III. ↑AII

2. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec des patients/travailleurs de la santé atteints du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV) ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat. ↑AII

(b) Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

1. Les travailleurs, les enfants et leurs familles doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez. ↑AIII

(c) Masques

1. On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza lorsque l'on se trouve en face d'enfants/individus qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

↑BIII

(d) Gestion du personnel/enfants

Les garderies peuvent être fermées selon l'épidémiologie de la souche pandémique, c.-à-d., la sévérité de l'infection, les taux élevés d'atteinte et les complications graves (voir la section 5.).

1. Enfants :

- a. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie a été déclarée (voir l'appendice II), ne pas envoyer les enfants en garderie dans la mesure du possible jusqu'à ce que la phase pandémique soit terminée, que l'enfant soit rétabli du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV) ou que la pandémie soit terminée dans la garderie.
- b. Il ne faut pas envoyer à la garderie des enfants qui présentent des signes du SG et il convient d'aviser la garderie de la raison de leur absence (à moins que la pandémie ne soit déjà passée dans la garderie).
- c. Il ne faut pas envoyer à la garderie les enfants qui ont été exposés au cours des trois derniers jours à une personne atteinte du SG (à moins que la pandémie ne soit déjà passée dans la garderie).

↑AIII

2. Personnel :

- a. Informer les autorités de la santé publique des absences du personnel imputables au SG.
- b. De façon idéale, le personnel atteint du SG ne doit pas se présenter au travail avant que les symptômes n'aient disparus.

↑AIII

5.4 Gestion de l'influenza pandémique dans les écoles et les résidences d'étudiants

Le risque de transmission de l'influenza dans les écoles peut s'accroître si les classes sont surchargées, si la ventilation n'est pas bonne et que l'on n'insiste pas beaucoup sur les pratiques d'hygiène. La vie en dortoir accroît ce risque en raison de l'accroissement de ceux qui sont considérés comme des contacts de résidence.

Recommandations

(a) Planification contre l'influenza pandémique

1. Les services de santé dans les lieux de résidences doivent mettre au point un plan interpandémique de lutte contre l'influenza et le revoir chaque année. En outre, il faut élaborer un plan de lutte contre la pandémie d'influenza, tel que décrit à la section 3.1 et le réviser tous les trois ans.

Une éducation doit être dispensée, tel que décrit à la section 4.2.

(b) Contrôle de l'influenza pandémique

1. Immunisation/chimioprophylaxie

Dans les premières phases de la pandémie, il est possible que les vaccins et les antiviraux ne soient pas facilement disponibles. (Voir les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

2. Pratiques de contrôle de l'infection

a. Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

- i. Le personnel, les étudiants et les membres de leur résidence doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/antiseptie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible au cours d'une pandémie. Les procédures d'hygiène des mains doivent être renforcées selon l'appendice III.

↑AII

- ii. Il faut se laver les mains ou effectuer l'antiseptie des mains après un contact direct avec des personnes atteintes du SG (Voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV) et après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑AII

- iii. Le personnel, les étudiants et les membres de leurs résidences doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsque l'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antiseptie des mains après avoir éternué, toussé ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

↑AI

b. Masques

- i. On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza lorsque l'on se trouve en face d'individus qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

↑BIII

c. Gestion du personnel/étudiants

- i. Les écoles peuvent être fermées suivant l'épidémiologie de la souche pandémique, par exemple la sévérité de l'infection, les taux élevés d'atteinte et les complications graves (voir la section 5.).

↑AIII

- ii. Lorsque la Phase 2 de la pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il faut envisager les mesures suivantes :

Étudiants

- i. Lorsque la Phase 2 de la pandémie est déclarée, il faut éviter si possible d'envoyer les étudiants à l'école jusqu'à ce que la phase pandémique soit terminée, que l'étudiant soit rétabli du SG ou que la pandémie soit déjà passée à l'école.
- ii. Il ne faut pas envoyer à l'école les étudiants qui ont été exposés au cours des trois derniers jours à des personnes atteintes du SG, à moins que la pandémie soit déjà passée à l'école/la résidence.
- iii. Il ne faut pas envoyer à l'école les étudiants qui présentent des signes de SG (à moins que la pandémie soit déjà passée à l'école) et il faut aviser l'école de la raison de leur absence.
- iv. Les étudiants sains doivent éviter d'être en contact avec des étudiants atteints du SG (ex. ne pas faire de visite dans des chambres d'étudiants symptomatiques).AIII

Personnel

- i. Informer les autorités de la santé publique des absences imputables au SG.
- ii. De façon idéale, le personnel atteint du SG ne doit pas se présenter au travail avant que leurs symptômes aient disparu.

↑AIII

Services de santé en résidence

- i. Évaluer les étudiants symptomatiques conformément à l'Outil d'évaluation du SG (voir à l'appendice IV).
- ii. Inciter les étudiants atteints du SG qui se sentent suffisamment bien de demeurer dans leur chambre pendant qu'ils sont symptomatiques (c.-à-d., de ne pas se rassembler dans des lieux communs).

↑AIII

5.5 Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de travail

Planification contre l'influenza pandémique

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.2 de la Partie A.

Contrôle de l'influenza pandémique

A. Immunisation/chimioprophylaxie

1. Le grand public ne disposera pas d'immunisation au cours des premières phases de la pandémie. Voir le l'annexe D du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

B. Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

1. Les travailleurs et leurs contacts ménagers doivent prendre en compte que la conformité envers les recommandations concernant le lavage des mains/antiseptique des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure

préventive disponible au cours d'une pandémie. Les procédures d'hygiène des mains doivent être renforcées selon l'appendice III.

↑**AII**

2. Il faut se laver les mains ou effectuer l'antisepsie des mains après un contact direct avec des personnes chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'en être atteintes et après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑**AII**

3. Les travailleurs et leurs contacts ménagers doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsque l'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir éternué, toussé ou utilisé des mouchoirs; et à comprendre l'importance de tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

↑**AIII**

Masques

1. On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza lorsque l'on se trouve en face d'individus qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté.

↑**BIII**

Éducation

1. Dispenser l'éducation, tel que décrit à la section 4.2 de la Partie A.

5.6 Gestion de l'influenza pandémique dans les refuges

Le risque de transmission de l'influenza dans un refuge au cours d'une pandémie sera élevé en raison des conditions de grand encombrement physique, de la mauvaise santé, et d'une hygiène inadéquate des clients, ainsi que d'une priorité réduite pour l'immunisation ou la chimioprophylaxie dans cette population.

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre l'influenza pandémique. Afin de prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses dans le refuge, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, au cours d'une pandémie, il est impératif de suivre les pratiques hygiéniques et de promouvoir le lavage des mains. Des lignes directrices pour le contrôle des infections dans les refuges ont été publiées⁷⁸⁻⁸¹.

Recommandations

Planification contre l'influenza pandémique

1. Désigner une personne en charge du programme de contrôle des infections^{78,80} et établir une liaison avec les services de santé publique locaux. Le programme doit prévenir ou réduire au minimum la manifestation et la transmission de maladies contagieuses comme l'influenza^{79, 81}.

↑**AIII**

2. Un plan interpandémique de lutte contre l'influenza doit être élaboré et revu chaque année. En outre, un Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie doit être élaboré, tel que décrit à la section 3.1 et révisé tous les trois ans.
3. Les refuges qui sont en cours de planification doivent porter une attention particulière au nombre et à l'emplacement des lavabos ainsi qu'aux méthodes visant à réduire l'encombrement^{80,81}.
4. Dispenser de l'éducation, tel que décrit à la section 4.2.

↑**AIII**

Contrôle de l'influenza pandémique

A. Immunisation/chimioprophylaxie

1. L'immunisation ne sera peut-être pas facilement disponible dans ces établissements au cours des premières phases de la pandémie (voir les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

B. Pratiques de contrôle de l'infection

Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

1. Les travailleurs et les clients doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et elle pourrait être la seule mesure préventive disponible au cours d'une pandémie.

Lorsqu'on planifie en fonction d'une pandémie, il faut prendre des dispositions pour faire une priorité de la provision suffisante de produits d'hygiène des mains car il y aura peut-être une interruption de l'approvisionnement ou des pénuries de savon et de serviettes.

Les procédures d'hygiène des mains doivent être renforcées selon l'appendice III.

↑**AII**

2. Il faut se laver les mains ou effectuer l'antisepsie des mains après un contact direct avec des individus atteints du SG (voir la définition dans le glossaire et l'Outil d'évaluation du SG à l'appendice IV) et après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑**AII**

3. Les travailleurs et les clients doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsque l'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antisepsie des mains après avoir éternué, toussé ou utilisé des mouchoirs; et à comprendre l'importance de tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

↑**AII**

Masques

1. On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza lorsque l'on se trouve en face d'individus qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté. (voir aussi la section 2.6)

↑**BIII**

Triage

1. Les clients et les travailleurs atteints du syndrome grippal doivent être évalués en se servant de l'Outil d'évaluation du SG (voir l'appendice IV).

↑**AIII**

5.7 Gestion de l'influenza pandémique dans les établissements correctionnels

Un programme global de prévention et de contrôle des infections constitue la base d'un bon plan de lutte contre une pandémie d'influenza. Pour prévenir au maximum la transmission de l'influenza et d'autres maladies infectieuses, que l'on dispose ou non d'immunisation ou de chimioprophylaxie, il est impératif de respecter les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.

Planification contre l'influenza pandémique

1. Désigner une personne qui sera chargée du programme de contrôle de l'infection et établir une liaison avec les autorités sanitaires locales. Le programme doit prévenir ou réduire au minimum la manifestation et la transmission de maladies contagieuses comme l'influenza.
- ↑**AIII**
2. Un plan interpandémique de lutte contre l'influenza doit être élaboré et revu chaque année. En outre, un Plan de contrôle de l'infection et de santé au travail en cas de pandémie doit être élaboré, tel que décrit à la section 3.1 et révisé tous les trois ans.
- ↑**AIII**
3. Voir la section 3.5 pour la gestion de la santé au travail à l'intention des travailleurs des services correctionnels.
- ↑**AIII**
4. Lorsque la Phase 2 d'une pandémie est déclarée (voir l'appendice II), il faut dispenser de l'éducation supplémentaire aux travailleurs de la santé et aux détenus, tels que décrit à la section 4.0.

↑**AIII**

Contrôle de l'influenza pandémique

A. Immunisation/chimioprophylaxie

1. Au cours des premières phases de la pandémie, les vaccins et les antiviraux ne seront peut-être pas disponibles. Les travailleurs des services essentiels (y compris les agents des services correctionnels) auront une priorité élevée pour l'immunisation lorsque le vaccin sera disponible (voir les annexes D et E du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza).

B. Pratiques de prévention de l'infection

1. Respecter les recommandations sur le contrôle des infections qui ont été publiées pour les établissements correctionnels.

↑AIII

Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza

1. Les travailleurs et les détenus doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains/antiseptie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et peut être la seule mesure préventive disponible au cours d'une pandémie.

Lorsqu'on planifie en fonction d'une pandémie, l'administration doit prendre des dispositions pour faire une priorité de la provision suffisante de produits d'hygiène des mains car il y aura peut-être une interruption de l'approvisionnement ou des pénuries de savon et de serviettes. Les procédures d'hygiène des mains doivent être renforcées selon l'appendice III.

↑AII

2. Il faut se laver les mains ou effectuer l'antiseptie des mains après un contact direct avec des individus chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'en être atteints et après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑AII

3. Les travailleurs et les détenus doivent être incités à réduire au minimum la transmission potentielle de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsque l'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antiseptie des mains après avoir éternué, toussé ou utilisé des mouchoirs; et à comprendre l'importance de tenir les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

↑AIII

Masques

1. On peut porter des masques pour minimiser la transmission de l'influenza lorsque l'on se trouve en face d'individus qui toussent au cours des premières phases de la pandémie, mais ils ne sont ni pratiques ni utiles lorsque la transmission de l'influenza a atteint la communauté. (voir aussi la section 2.6)

↑BIII

Triage/regroupement

1. Procurer un lieu de triage distinct pour évaluer les détenus et les travailleurs atteints du SG (voir le glossaire) conformément à l'Outil d'évaluation du SG (voir l'appendice IV).

↑BIII

2. Regrouper les détenus atteints du SG chaque fois que cela est possible. Il faut insister sur une bonne hygiène.

↑BIII

Visiteurs

1. Les visiteurs atteints d'une maladie respiratoire fébrile doivent être incités à ne pas faire de visite s'il n'y a pas d'activité pandémique dans l'établissement. **↑AIII**
2. Les visiteurs doivent être informés de l'activité pandémique dans l'établissement et être incités à ne pas faire de visite à moins qu'ils ne se soient rétablis de leur SG ou qu'ils aient été immunisés contre la souche d'influenza pandémique. **↑AIII**

Partie C – Prévention des infections et santé au travail dans les lieux de triage lors d'une pandémie d'influenza

1.0 Gestion de l'influenza pandémique dans les lieux de triage

Dès la déclaration de la phase 2 d'une pandémie selon l'OMS (voir l'appendice II), des lieux de triage seront établis dans des endroits prévus d'avance par le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Le but des lieux de triage est de faciliter une évaluation efficace et cohérente des personnes atteintes du syndrome grippal (SG) (voir le glossaire pour les définitions et l'appendice IV pour un outil d'évaluation du SG).

Il est important de remarquer que le virus de l'influenza peut survivre sur les mains pendant cinq minutes après le transfert de surfaces environnementales¹⁴. **On ne peut trop insister sur l'importance du lavage des mains/antiseptie des mains au cours d'une pandémie. Voir l'appendice III.** Le lavage des mains/antiseptie des mains est la méthode la plus importante pour prévenir la transmission de l'infection, y compris de l'influenza et elle sera encore plus importante en raison de l'indisponibilité du vaccin antigrippal et de la prophylaxie antivirale précoce, pendant ou même tard dans une pandémie.

Il existe des preuves que le surpeuplement peut contribuer à la transmission d'infections transmises par les voies respiratoires⁸². Le surpeuplement et le fait de respirer de l'air recyclé a été identifié comme étant l'un des facteurs de risque de la transmission de l'influenza dans un avion au sol¹⁸ et dans des établissements de soins prolongés⁸³.

Recommandations

1.1 Prévention de l'influenza pandémique

A. Immunisation et antiviraux

Suivre les recommandations concernant les vaccins et les antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, tel que décrit dans les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

1.2 Contrôle de l'influenza pandémique

A. Installations physiques

1. Lorsque la phase 2 d'une pandémie se manifeste (voir l'appendice II), ouvrir les lieux de triage dans les hôpitaux et les emplacements communautaires, tel que préétabli dans la section du Plan traitant de l'état de préparation.

↑AIII

2. Lorsque l'on planifie l'emplacement des lieux de triage, insister sur la nécessité d'une séparation spatiale entre les patients, ceux qui les accompagnent et ceux qui prodiguent des soins/travailleurs affectés au triage.

↑AII

- a. De façon idéale, les lieux de triage devraient n'être placés que dans un endroit pourvu d'un système de ventilation bien entretenu.

↑AII

- b. Éviter le surpeuplement dans les lieux de triage en assurant suffisamment d'espace entre les lieux d'attente et d'évaluation de manière à maintenir une séparation spatiale d'au moins un mètre.

↑AII

- c. Envisager la nécessité d'un lieu distinct pour l'entreposage temporaire des corps des personnes décédées.

↑AIII

B. Gestion du personnel

1. Suivre les recommandations de la gestion de la santé au travail décrites à la section 3.5.
2. Offrir une éducation selon la section 4.1 de la Partie A.

C. Pratiques de prévention des infections

1. Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza
 - a. Les patients, le personnel et les visiteurs peuvent réduire au minimum la transmission de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire en utilisant un papier-mouchoir à usage unique jetable pour s'essuyer le nez, en se couvrant le nez et la bouche lorsqu'ils éternuent et toussent, en se lavant les mains/antiseptique des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé un papier-mouchoir et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.
 - b. Les lieux de triage doivent suivre les lignes directrices publiées afin de prévenir les infections nosocomiales^{6,9,84}. Les pratiques de prévention des infections adaptées à partir du Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵ et *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*³ sont résumées ci-dessous :
2. Hygiène des mains
 - a. Le personnel, les patients et les visiteurs devraient prendre en compte que le respect rigoureux des recommandations visant l'hygiène des mains est la pierre angulaire de la prévention des infections et est peut-être la seule mesure préventive disponible au cours d'une pandémie. Les procédures d'hygiène des mains devraient être renforcées selon l'appendice III.

↑AIII

↑AII

- b. Les mains devraient être lavées ou l'antiseptie des mains devrait être accomplie après un contact direct avec des patients atteints de SG ainsi qu'après le contact avec leurs articles et leur environnement immédiat. **↑AII**
- c. De façon idéale, des installations de lavage des mains devraient être situées de façon pratique dans le lieu de triage. Les éviers, les lavabos pour se laver les mains ne devraient être utilisés qu'à cette fin et pour aucune autre raison, par exemple comme un lavabo utilitaire. Il devrait y avoir un accès à une provision suffisante et les distributeurs de savon et de serviettes devraient fonctionner convenablement, ou l'on devrait utiliser de façon généreuse des agents antiseptiques sans eau pour les mains⁸⁵⁻⁸⁷. **↑BII**
- d. On peut utiliser du savon ordinaire pour se laver les mains de façon courante^{88,89}. **↑BII**
- e. L'antiseptie des mains avec un savon antiseptique ou un rince-mains antiseptique est indiquée^{88,90} avant d'accomplir des procédures effractives telles que l'insertion d'une intraveineuse (la technique de protection maximale est requise en plus de l'antiseptie des mains pour l'insertion des cathéters centraux). **↑BIII**
- f. Lorsque l'accès à des lavabos est limité, il faut utiliser des rince-mains antiseptiques. Les rince-mains antiseptiques sans eau sont supérieurs au savon et à l'eau pour réduire la contamination des mains^{66-68,91} et devraient être mis à la disposition des utilisateurs. **↑AIII**
- g. Lorsque qu'il y a des souillures visibles, les mains devraient être lavées au savon et à l'eau avant d'utiliser un rince-mains antiseptique sans eau. À défaut de savon et d'eau, les laver d'abord avec des lingettes imprégnées de détergent⁹². **↑BIII**
- h. Les travailleurs de la santé peuvent réduire leur fréquence de lavage des mains requise en minimisant les contacts directs non nécessaires avec les patients et leur environnement immédiat. **↑BIII**
- i. Il faut se laver les mains^{93,94} :
- i. entre chaque patient;
 - ii. après un contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions (p. ex., des sécrétions respiratoires);
 - iii. après un contact avec des articles reconnus comme contaminés ou qui sont considérés comme vraisemblablement contaminés par du sang, des liquides organiques, des sécrétions (p. ex., des sécrétions respiratoires) ou des excréments;
 - iv. immédiatement après avoir retiré les gants⁴⁶;

- v. entre certaines procédures sur le même patient lorsque l'on risque de se souiller les mains afin d'éviter la contamination croisée de sites corporels^{91,95};
- vi. lorsque les mains sont visiblement souillées.
- ↑AII**
- j. On peut utiliser une lotion pour mains afin d'éviter d'endommager la peau en raison des lavages fréquents⁹⁶. La lotion devrait être fournie dans des sacs jetables dans des récipients muraux près des lavabos ou dans de petits récipients non remplissables afin d'éviter la contamination du produit. La gestion/manipulation inappropriée des lotions pour la peau destinées aux patients et aux fournisseurs de soins ont été déclarées comme étant des sources d'éclosion d'influenza⁹⁷⁻¹⁰¹.
- ↑BII**
- k. Les produits liquide de lavage des mains devraient être entreposés dans des réceptacles fermés et distribués soit à partir de réceptacles jetables soit de réceptacles qui sont lavés et séchés à fond avant d'être réapprovisionnés.
- ↑AII**
3. Équipement de protection individuelle
- a. Masques, lunettes de protection et écrans faciaux
- i. Le personnel du triage devrait porter des masques et des lunettes de protection ou des écrans faciaux pour prévenir la transmission de l'influenza lorsqu'il se trouve en face de personnes qui subissent une évaluation de SG.
- ↑BIII**
- ii. Le personnel du triage devrait porter des masques et des lunettes de protection ou des écrans faciaux afin de prévenir leur exposition aux projections de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréments. À cette fin, on estime que les masques opératoires/chirurgicaux offrent une protection adéquate^{9,44,45}.
- ↑BIII**
- iii. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin d'éviter l'auto-contamination avec des agents pathogènes.
- iv. Le personnel du triage devrait porter des masques afin de prévenir l'infection d'autres organismes lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients qui toussent mais n'ont pas été diagnostiqués.
- ↑BIII**
- v. Les masques doivent être portés comme il est décrit à la section 2.6.
- b. Gants
- i. Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour dispenser des soins de base aux patients que l'on soupçonne d'être grippés ou chez qui l'influenza est confirmée. Un lavage méticuleux des mains au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rendra le virus inactif.
- ↑AIII**
- ii. L'utilisation appropriée de gants propres non stériles comprend les cas suivants^{9,44,102-105} :

- a. lors du contact avec le sang, les liquides organiques, les sécrétions (p. ex., les sécrétions respiratoires) et les excréments, les muqueuses, les plaies par exérèse ou la peau non intacte (lésions ouvertes ou éruptions exsudatives);
- b. lorsqu'on manipule des articles visiblement souillés par du sang, des liquides organiques, des sécrétions (p. ex. des sécrétions respiratoires) et des excréments;
- c. lorsque le travailleur de la santé a des lésions cutanées ouvertes sur les mains.

↑**AII**

iii. Il faut utiliser les gants comme mesure additionnelle; ils ne remplacent pas le lavage des mains^{46,47}.

↑**BII**

iv. Lorsque cela est indiqué, les gants doivent être enfilés directement avant le contact avec le patient ou avant la procédure nécessitant leur port^{9,95,106,107}.

↑**AII**

v. Les gants qui peuvent être contaminés doivent être enlevés et jetés immédiatement après la fin des soins, de l'intervention ou de la tâche particulière, au lieu d'utilisation avant de toucher une surface environnante propre (p. ex. les glycomètres, les thermomètres ou les brassards de tensiomètres)^{46,95,106-108}.

↑**AII**

vi. Se laver les mains immédiatement après avoir retiré les gants^{46,47}.

↑**AII**

vii. Les gants jetables à usage unique ne doivent pas être réutilisés ni lavés⁴⁶.

↑**AII**

c. Blouses

i. Il n'est pas nécessaire de porter une blouse pour dispenser les soins de base aux patients que l'on soupçonne d'être grippés ou chez qui l'influenza est confirmée.

↑**AI**

ii. Il ne faut porter une blouse que pour protéger la peau découverte et éviter de salir des vêtements au cours des interventions et des activités de soins aux patients susceptibles de produire des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments^{9,45}.

↑**BIII**

iii. Les travailleurs de la santé devraient s'assurer que toute zone/lésion ouverte sur les avant-bras ou la peau exposée soit couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède le plus tôt possible.

↑**BIII**

4. Contrôle environnemental

(Équipement de soins aux patients, entretien ménager, buanderie et déchets)

Le virus de l'influenza survit bien dans l'environnement et les patients peuvent contaminer leur environnement par des sécrétions respiratoires. Sur les surfaces poreuses, le virus peut survivre pendant 24 à 48 heures, peut être transféré des mains et survivre pendant cinq minutes¹⁴.

L'équipement et les surfaces (p. ex., les bureaux, les accoudoirs, etc.) contaminés par des sécrétions de patients que l'on soupçonne d'avoir l'influenza ou dont l'influenza est confirmée devraient être nettoyés avant d'être utilisés par un autre patient.

Recommandations

a. Processus

- i. Les organismes d'attache « doivent fournir une personne compétente dûment formée pour assumer la responsabilité du nettoyage de l'équipement de soins aux patients, des services d'entretien ménager, de la buanderie et des services de déchets. S'il n'existe pas d'organisme d'attache pour planifier ou faire fonctionner les lieux de triage, on prévoit qu'un autre organisme assumera cette responsabilité

↑AIII

- ii. Il n'est pas recommandé de traiter de nouveau (c.-à-d., de désinfecter ou de stériliser) l'équipement dans le lieu de triage, mais si l'on envisage de le faire, l'organisme « d'attache » doit fournir une personne compétente dûment formée afin de prendre en charge les processus. Si l'équipement souillé doit être transporté en vue de sa désinfection ou stérilisation, l'organisme d'attache doit élaborer des procédés visant à séparer l'équipement souillé de celui qui est propre/stérile et une manutention/transport sûr de l'équipement contaminé.

↑AIII

- iii. Il faut établir des procédures pour attribuer des responsabilités et une imputabilité à l'égard du nettoyage de base de tout l'équipement servant aux soins aux patients¹⁰⁹⁻¹¹² et aux services d'entretien ménager.

↑BIII

- iv. Il est fortement recommandé de ne pas réutiliser les articles à usage unique.

↑AII

b. Nettoyage, désinfection et entreposage de l'équipement de soins aux patients

- i. L'équipement qui touche la peau intacte des patients doit être propre. L'équipement qui est partagé doit être nettoyé entre chaque patient. Il faut utiliser un germicide de qualité hospitalière pour le nettoyage courant. Voir l'appendice V, Tableau A, Procédures de nettoyage pour des articles courants.

↑BIII

- ii. L'équipement qui est visiblement souillé doit être nettoyé sans délai.

↑BIII

- iii. L'équipement souillé doit être manipulé de manière à prévenir l'exposition de la peau et des muqueuses et la contamination des vêtements et de l'environnement.

↑BIII

- iv. L'équipement réutilisable qui touche des muqueuses, par exemple celui utilisé lors de l'inhalothérapie¹ ou celui qui est en contact avec la peau non intacte devrait être mis de côté ou désinfecté à un niveau élevé approprié entre les patients^{3,113-116}.
↑AIII
- v. L'équipement réutilisable doit être nettoyé à fond (lavé à l'eau savonneuse chaude en utilisant un nettoyeur enzymatique), rincé et séché avant la désinfection ou la stérilisation¹¹⁷.
↑AII
- vi. Il faut suivre les recommandations écrites du fabricant au sujet de l'utilisation du désinfectant.
- vii. Seuls les désinfectants portant une mention DIN (désinfectant dont l'utilisation est homologuée au Canada) doivent être utilisés.
- viii. Les articles que l'on reçoit en état stérile doivent le demeurer jusqu'à leur emploi¹¹⁸⁻¹²⁰.
↑AII
- ix. Les fournitures stériles et propres doivent être entreposées dans un endroit propre et sec.
↑AII
- c. Entretien ménager
- i. Les surfaces qui sont fréquemment touchées par les mains (c.-à-d., contaminées) des personnes qui prodiguent des soins de santé et des patients/résidents/clients, comme les surfaces de l'équipement médical et les boutons de réglage ou d'ouverture, doivent être nettoyées au moins deux fois par jour et lorsque l'on sait qu'ils sont contaminés, c.-à-d. après l'emploi¹²¹⁻¹²³.
↑BIII
- ii. Un nettoyage soigneux et vigoureux des surfaces de l'environnement est un moyen efficace d'éliminer de nombreux contaminants des surfaces.
↑AII
- iii. Une barrière (feuille ou papier) doit être placée sur la table d'examen ou d'intervention et changée entre chaque patient. On peut également nettoyer la table entre chaque patient.
↑BIII
- d. Lingerie
- i. Lorsqu'on utilise de la lingerie réutilisable, il faut la changer entre les patients. Il n'est pas nécessaire de suivre des directives particulières pour manipuler la lingerie contaminée par des sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée.
↑AII
- e. Déchets
- i. Il n'est pas nécessaire de suivre des recommandations spéciales pour la manutention des déchets contaminés par des sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée.
↑AII

- ii. Les aiguilles usagées et autres instruments acérés doivent être manipulés avec soin afin d'éviter les blessures lorsqu'on les jette ou les remet en service. Les articles acérés utilisés doivent être éliminés dans des contenants désignés à cet effet et résistant aux perforations placés à proximité de leur lieu d'utilisation^{9,124,125}.

↑**AIII**

5. Soins des personnes décédées

Lorsque l'on manipule les dépouilles de personnes qui sont décédées des suites de l'influenza, il suffit de suivre les pratiques de base de prévention des infections. Il n'y a pas de risque supplémentaire de transmission de l'infection influenza.

Recommandations

- i. On recommande fortement de suivre les pratiques de base de prévention des infections visant le lavage des mains/l'hygiène des mains, l'utilisation de masques, lunettes de protection/écrans faciaux, gants, blouses, comme décrit précédemment, lorsque l'on manipule une dépouille.
- ii. La dépouille doit être placée dans une housse mortuaire ou enveloppée dans un drap lorsqu'une telle housse n'est pas disponible et gardée de préférence dans un endroit frais et sec jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par les services funéraires.

↑**AIII**

↑**AIII**

2.0 Gestion de l'influenza pandémique par l'autosoins (Soins fournis par le malade même, sa famille, des amis ou des bénévoles)

Lors d'une pandémie d'influenza, les personnes présentant un syndrome grippal (SG) qui ont été examinées et jugées assez bien portantes seront couramment soignées à domicile. Les soins peuvent être fournis par le malade même, sa famille, ses voisins ou des bénévoles. Ainsi, afin de prévenir la transmission d'autres infections (notamment les agents pathogènes transmis par le sang), ces personnes devront suivre des pratiques de base pour la prestation de soins à domicile.

Il est important de remarquer que le virus de l'influenza peut survivre sur les mains pendant cinq minutes après le transfert de surfaces environnementales¹⁴. **On ne peut trop insister sur l'importance du lavage des mains/antiseptie des mains au cours d'une pandémie. Voir l'appendice III.** Le lavage des mains/antiseptie des mains est la méthode la plus importante pour prévenir la transmission de l'infection, y compris de l'influenza, et elle sera encore plus importante en raison de l'indisponibilité du vaccin antigrippal et de la prophylaxie antivirale précoce, pendant ou même tard dans une pandémie.

Recommandations

2.1 Prévention de l'influenza pandémique

A. Immunisation et antiviraux

Suivre les recommandations concernant les vaccins et antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, qui sont énoncées dans les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

2.2 Contrôle de l'influenza pandémique

A. Installations physiques

1. Lorsque la phase 2 d'une pandémie se manifeste (voir l'appendice II), on ouvrira des lieux de triage, comme l'indique la section du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza traitant de l'état de préparation. Les patients atteints du syndrome grippal (SG) (voir l'outil d'évaluation du SG, l'appendice IV) recevront des directives d'autosoins, s'ils ne sont pas dirigés vers un hôpital ou des lieux temporaires destinés aux personnes souffrant d'influenza.

↑AIII

2. À domicile, il est recommandé de se maintenir à une distance d'au moins un mètre avec le patient, à moins qu'il ne soit nécessaire de lui prodiguer des soins directs. Si possible, la personne atteinte du SG (voir le glossaire) devrait rester dans sa chambre.

↑BII

3. Dans les ménages où il faut également fournir des soins à des personnes non atteintes du SG (p. ex., un enfant en bas âge ou une personne âgée ou immunodéprimée), il est important de soigner celles-ci avant de prendre soin des personnes présentant un SG.

↑AIII

B. Gestion des personnes œuvrant dans le domaine des autosoins

1. Fournir la formation décrite à la section 4.2 de la partie A.

C. Pratiques de prévention des infections

Pour prévenir la transmission des infections, les fournisseurs de soins devraient suivre les recommandations suivantes qui s'inspirent des guides intitulés *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵ et *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*³.

1. Lavage et hygiène des mains
 - a. Se laver les mains avant et après chaque soin donné à une personne atteinte du SG. Voir l'appendice III.
- b. On peut se laver les mains^{88,89} avec du savon ordinaire. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un savon antiseptique.

↑AII

↑BII

c. Après usage, conserver le savon en pain de façon à ce qu'il puisse sécher. Conserver les savons liquides pour mains dans un contenant fermé et propre et en verser, au besoin, dans un distributeur à usage unique ou qui a été préalablement lavé et séché à fond avant d'être rempli.

↑AII

d. N'utiliser un savon antiseptique sans eau pour l'hygiène des mains qu'en l'absence d'installations pour le lavage des mains (lavabo et eau courante)^{66-68,91}. Si les mains sont visiblement sales, les essuyer avec des lingettes avant de les laver au savon antiseptique⁹².

↑AI

2. Équipement de protection individuelle

a. Masques, lunettes de protection et écrans faciaux

i. Les masques sont inutiles pour prévenir la transmission de l'influenza, si celle-ci s'est déjà propagée dans la collectivité.

↑BIII

ii. Porter un masque, des lunettes de protection ou un écran facial pour protéger les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche, lors d'interventions et de prestation de soins susceptibles de provoquer des éclaboussures ou le jaillissement de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions^{9,44,45}.

↑BIII

iii. Éviter de se toucher les yeux avec les mains afin d'éviter de se contaminer avec des agents pathogènes.

iv. Porter un masque selon les directives énoncées à la section 2.6.

b. Gants

i. Il n'est pas couramment nécessaire de porter des gants pour soigner une personne atteinte du SG. Le lavage des mains suffit.

↑AIII

ii. Le port de gants est une mesure additionnelle pour éviter de se salir les mains avec des sécrétions et des excréments, mais il ne dispense pas de l'obligation de se les laver.

↑AIII

iii. Les personnes devraient éviter de toucher les muqueuses de leurs yeux et de leur bouche avec leurs mains, surtout lorsqu'elles fournissent des soins à des personnes atteintes du SG.

↑AIII

iv. On peut se servir de gants de vaisselle ou de ménage à la place de gants médicaux à usage unique. Ils ne doivent être utilisés que par une seule personne. Il faut les laver et les sécher après chaque usage.

↑AIII

v. Les gants médicaux jetables à usage unique ne doivent pas être lavés ni réutilisés⁴⁷.

↑AII

vi. Les sacs en plastique à usage unique peuvent être utilisés comme gants pour protéger les mains contre les grosses souillures.

↑AIII

vii. Le port de gants propres non stériles convient notamment pour^{9,44,102,103,105} :

- a. éviter tout contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions et excréments, des muqueuses et des plaies par exérèse ou peau non intacte (lésions ouvertes ou éruptions exsudatives);
- b. manipuler des articles visiblement souillés de sang, de liquides organiques, de sécrétions et d'excréments;
- c. permettre à un fournisseur de soins ayant des lésions cutanées ouvertes aux mains de fournir des soins.

↑AII

viii. Enlever les gants immédiatement après avoir terminé une intervention. et avant de toucher des surfaces propres de l'environnement^{95,106,107}.

↑AII

viv. Se laver les mains immédiatement après avoir enlevé les gants ou les sacs en plastique utilisés comme gants^{46,47}.

↑AI

c. Blouses

i. Il n'est pas nécessaire de porter des vêtements de dessus, comme un tablier ou une blouse, pour soigner une personne atteinte du SG.

↑AI

ii. Porter des vêtements de dessus pour protéger la peau découverte et éviter de souiller ses vêtements lors d'interventions et d'activités de soins aux patients, qui sont susceptibles de provoquer des éclaboussures ou le jaillissement de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments^{9,45} (voir aussi les instructions sur la buanderie ci-après).

↑BIII

iii. Les travailleurs de la santé doivent veiller à ce que toutes les zones/lésions ouvertes sur les avant-bras ou la peau exposée soient couvertes d'un pansement en tout temps. La peau intacte qui a été contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments devrait être soigneusement lavée au savon et à l'eau tiède le plus tôt possible.

↑BIII

3. Contrôle environnemental (Entretien ménager, buanderie et déchets)

Le virus de l'influenza survit bien dans l'environnement et les patients peuvent contaminer leur environnement par des sécrétions respiratoires. Sur les surfaces poreuses, le virus peut survivre pendant 24 à 48 heures, peut être transféré des mains et survivre pendant cinq minutes. Avant de les utiliser pour un autre patient, nettoyer le matériel et les surfaces contaminés par les sécrétions de patients soupçonnés d'être grippé ou chez qui l'influenza est confirmée.

a. Entretien ménager

- i. Nettoyer quotidiennement avec un produit ordinaire de nettoyage domestique les surfaces de l'environnement et les objets touchés par la personne atteinte du SG ou par le soignant.

↑**AII**

- ii. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un produit « antibactérien ».

↑**AIII**

b. Buanderie

- i. Il n'est pas nécessaire de suivre des procédures spéciales de nettoyage des vêtements ou linges utilisés lors de la fourniture de soins à une personne atteinte du SG.

↑**BIII**

- ii. Rouler ou plier le linge très souillé de façon à contenir la majeure partie de la saleté en son milieu^{126,127}. Si le linge contient une grande quantité de matières solides, comme des fèces et des caillots de sang, les ôter avec des gants et du papier hygiénique, puis les mettre dans un bassin ou une toilette. Pour éviter tout risque d'éclaboussure, ne pas enlever les excréments (p. ex., sur des vêtements ou des culottes réutilisables pour incontinent) en les aspergeant d'eau.

↑**BIII**

- iii. Pour les soins à domicile, il suffit de laver le linge souillé avec un détergent à lessive commercial et un javellisant domestique (selon les instructions du produit et si le tissu est javellisable) au cycle normal d'une machine à laver et d'un séchoir à linge^{50,128-131}.

↑**BIII**

- iv. Pour les soins à domicile, on peut sécher le linge et la literie dans un séchoir ou sur une corde à linge.

↑**BIII**

c. Déchets

- i. Les déchets produits lors de soins prodigués à une personne atteinte du SG ne nécessitent pas un traitement spécial. Les jeter avec les ordures ménagères.

↑**AIII**

- ii. Avant de jeter aux ordures ménagères les déchets médicaux coupants ou piquants, comme les aiguilles hypodermiques utilisées pour soigner une personne atteinte du SG, mettre ces déchets dans un conteneur étanche (p. ex., une boîte à café).

↑**AII**

4. Soins des personnes décédées

Il suffit de suivre les procédures ordinaires de prévention des infections lors de la manipulation des dépouilles de personnes décédées des suites de l'influenza. Il n'y a pas de risques supplémentaires de transmission de l'infection influenza.

Recommandations

- a. Pour prévenir les infections lors de la manipulation de la dépouille d'une personne décédée, il est recommandé de suivre les procédures habituelles décrites précédemment concernant le lavage et l'hygiène des mains, ainsi que l'utilisation d'un masque, de lunettes de protection, d'écran facial, de gants et d'une blouse.
- b. Envelopper la dépouille de la personne décédée à domicile dans un drap (si possible en protégeant le matelas avec un sac de plastique) et garder son corps de préférence dans un lieu frais et sec, jusqu'à ce que l'entreprise de pompes funèbres vienne la chercher.

↑AIII

↑AIII

3.0 Prévention des infections et santé au travail dans les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza

Lors du triage des patients, on dirigera vers les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza ceux qui sont incapables de se faire soigner à domicile mais qui ne sont pas assez malades pour être admis dans un hôpital de soins pour malades aigus, comme préétabli dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Comme les hôpitaux temporaires n'accueilleront que les patients atteints par la souche pandémique d'influenza ou auront guéri de cette maladie, il n'est pas nécessaire de se soucier des risques de transmission du virus de l'influenza. Toutefois, il faudra veiller à réduire les risques d'infections aiguës autres que l'influenza (p. ex., gastro-entérites, autres infections respiratoires et ectoparasites). Pour en prévenir la transmission, suivre les Lignes directrices de prévention des infections en vigueur^{1,3,5,6,9,84}.

Il est important de remarquer que le virus de l'influenza peut survivre sur les mains pendant cinq minutes après le transfert de surfaces environnementales¹⁴. **On ne peut trop insister sur l'importance du lavage des mains/antiseptie des mains au cours d'une pandémie. Voir l'appendice III.** Le lavage des mains/antiseptie des mains est la méthode la plus importante pour prévenir la transmission de l'infection, y compris de l'influenza, et elle sera encore plus importante en raison de l'indisponibilité du vaccin antigrippal et de la prophylaxie antivirale précoce, pendant ou même tard dans une pandémie.

Maintenir une distance d'au moins un mètre entre les patients d'un hôpital temporaire, parce qu'il existe des preuves que des infections peuvent se propager par voie respiratoire dans des lieux où les patients sont trop proches les uns des autres⁸².

Recommandations

3.1 Prévention de l'influenza pandémique

A. Immunisation et antiviraux

Suivre les recommandations concernant les vaccins et les antiviraux pour les patients et les travailleurs de la santé, qui sont énoncées dans les annexes D et E du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

3.2 Contrôle de l'influenza pandémique

A. Installations physiques

1. Lorsque la phase 2 d'une pandémie se manifeste (voir l'appendice III), on ouvrira les hôpitaux temporaires comme le prévoit le Plan canadien de lutte contre la pandémie de l'influenza.
↑AIII
2. Lors du choix d'emplacement d'un hôpital temporaire pour les personnes atteintes de l'influenza, choisir un lieu qui répond au besoin de préserver une distance convenable entre les patients, entre les patients et leurs familles et entre les patients et les fournisseurs de soins.
↑AII
3. Maintenir une distance d'au moins un mètre entre les lits des patients dans les aires de soins et entre les chaises dans les salles d'attente⁸².
↑AII
4. Prévoir deux salles distinctes de literie, l'une pour le linge propre, l'autre pour le linge souillé; des aires d'entreposage propres; des éviers de service et des lavabos réservés au lavage des mains. Les aires de préparation des aliments doivent être équipées d'un évier de service et d'un lavabo réservé au lavage des mains. L'hôpital doit comprendre aussi un nombre suffisant de toilettes, une salle de recueillement pour les familles en deuil et un lieu de conservation des dépouilles jusqu'à ce que l'entreprise de pompes funèbres vienne les chercher.
↑AII
5. Les endroits ayant des planchers recouverts d'une moquette sont déconseillés.
↑BIII

B. Gestion du personnel

1. Offrir la formation décrite à la section 4.1.
2. Suivre les directives sur la gestion de la santé au travail qui sont décrites à la section 3.5.

C. Pratiques de prévention des infections

1. Mesures d'hygiène visant à minimiser la transmission de l'influenza
 - a. Les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza devrait suivre les lignes directrices publiées afin de prévenir les infections nosocomiales^{3,6,9}. Les pratiques de prévention des infections adaptées à partir du Guide de prévention des infections de Santé Canada : *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*⁵ sont résumées ci-dessous :
 - b. Les patients, le personnel et les visiteurs doivent être incités à réduire au minimum la transmission de l'influenza par le biais d'une bonne hygiène, c'est-à-dire l'utilisation de papiers-mouchoirs jetables à usage unique pour s'essuyer le nez; se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue et que l'on tousse; se laver les mains et effectuer une antiseptie des mains après avoir toussé, éternué ou utilisé des mouchoirs; et l'importance de garder les mains à l'écart des muqueuses des yeux et du nez.

↑AIII

2. Lavage et hygiène des mains

- a. Le personnel, les patients et les visiteurs doivent prendre en compte que la conformité rigoureuse envers les recommandations concernant le lavage des mains et l'antisepsie des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et constitue peut-être la seule mesure préventive disponible lors d'une pandémie. Les procédures concernant l'hygiène des mains devraient être renforcées selon l'appendice III.

↑**AII**

- b. Les mains doivent être lavées ou l'antisepsie des mains doit être accomplie après un contact direct avec les patients atteints du SG (voir le glossaire) ainsi qu'après le contact avec leurs articles personnels ou leur environnement immédiat.

↑**AII**

- c. Lors de la planification de l'emplacement et du fonctionnement des hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza, il faut, dans la mesure du possible, veiller à ce que les postes de lavage des mains soient situés dans des lieux commodes.

Remarque : voir le point g ci-dessous, si des postes de lavage des mains ne sont pas disponibles.

↑**BII**

- d. Les postes de lavage des mains devraient se trouver dans les salles de soins ou à côté de celles-ci. Si plusieurs patients occupent une grande salle, il sera peut-être nécessaire de disposer de plusieurs lavabos. Les lavabos doivent être utilisés uniquement pour le lavage des mains et non à d'autres fins, p. ex. comme évier de service. Les lavabos doivent être pourvus de distributeurs de savon et de serviettes, qui fonctionnent correctement⁷³⁻⁷⁵.

↑**BII**

- e. Les utilisateurs du lavabo devront disposer de serviettes à usage unique qu'ils utiliseront pour fermer les robinets sans se recontaminer les mains.

↑**BIII**

- f. On peut utiliser un savon ordinaire pour le lavage habituel des mains^{89,132}.

↑**BII**

- g. Si l'accès aux lavabos est limité, il sera nécessaire de disposer d'une quantité suffisante de rince-mains antiseptiques et de lingettes imprégnées de détergent. Les rince-mains antiseptiques sans eau sont plus efficaces que le savon et l'eau pour réduire la contamination par les mains^{66-68,91}. Il faut donc mettre des quantités suffisantes de rince-mains dans des endroits bien en vue un peu partout dans l'hôpital temporaire.

↑**AI**

- h. Si les mains sont visiblement souillées, les laver avec du savon et de l'eau avant d'utiliser le rince-mains antiseptique sans eau. À défaut de savon et d'eau, les laver d'abord avec des lingettes imprégnées de détergent⁹².

↑**BIII**

- i. Les travailleurs de la santé peuvent diminuer la fréquence nécessaire de lavage des mains en réduisant au minimum les contacts directs inutiles avec les patients et leur environnement immédiat. Cela peut se faire en réorganisant convenablement ses activités de soins et en évitant de toucher des surfaces dans l'environnement immédiat du patient, p. ex., les côtés de lit et les dessus de table.

↑BIII

- j. Se laver les mains^{93,94} ou utiliser un rince-mains antiseptique :

- i. après tout contact avec un patient ou son environnement immédiat et avant tout contact avec le prochain patient;
- ii. après tout contact avec des objets (p. ex., des bassins, des urinoirs, des pansements, des appareils d'aspiration) qui sont contaminés, ou susceptibles de l'être, par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréctions;
- iii. immédiatement après avoir enlevé ses gants⁴⁶;
- iv. entre certaines interventions sur un même patient qui sont susceptibles de souiller les mains, afin d'éviter la contamination croisée entre les parties du corps^{91,95};
- v. avant de préparer, de manipuler, de servir ou de manger de la nourriture et avant de nourrir un patient;
- vi. lorsque les mains sont visiblement souillées;
- vii. après avoir utilisé les toilettes, après s'être essuyé le nez et après avoir toussé ou éternué.

↑AII

- k. Enseigner aux patients, aux membres de leur famille et aux visiteurs comment se laver correctement les mains et leur signaler de les laver notamment après avoir utilisé les toilettes, après s'être essuyé le nez et après avoir toussé ou éternué.

↑AII

- l. Si un patient a une mauvaise hygiène, il faut lui laver les mains avant ses repas, après qu'il a été aux toilettes, lorsque ses mains sont souillées et avant qu'il ne quitte son lit.

↑BIII

- m. Se laver les mains avec un savon ou un rince-mains antiseptique^{92,132} avant d'exécuter des procédures effractives.

↑BIII

- n. Vous pouvez utiliser une lotion pour les mains pour prévenir l'irritation de la peau par le lavage fréquent des mains⁹⁶. Conserver la lotion près des lavabos dans un distributeur mural de lotion dans des sacs jetables ou dans un récipient remplissable, pour éviter toute contamination du produit. Il s'est révélé que la manipulation/l'utilisation inappropriée de lotions par des patients et/ou soignants a provoqué l'éclosion de maladies⁹⁷⁻¹⁰¹.

↑BII

- o. Conserver le savon liquide pour mains dans des récipients fermés. Le distribuer dans des récipients jetables ou dans des récipients réutilisables qui auront ont été lavés et séchés à fond avant d'être remplis à nouveau.

↑AII

3. Équipement de protection individuelle

a. Masques, protection des yeux et écrans faciaux

- i. Durant les premières phases d'une pandémie, il peut être utile de porter un masque pour minimiser la transmission de l'influenza lorsqu'on se trouve face à face avec des personnes qui toussent. Cependant, après la transmission de l'influenza dans la collectivité et l'ouverture d'hôpitaux temporaires, cela s'avère peu pratique ou utile.

↑BIII

- ii. Les masques doivent être portés dans les hôpitaux temporaires pour les personnes atteintes d'influenza afin de prévenir la transmission d'autres organismes, lorsque les travailleurs de la santé se trouvent en face de patients non diagnostiqués qui toussent.

↑BIII

- iii. Les masques, les lunettes protectrices et les écrans faciaux devraient être portés afin de prévenir l'exposition des travailleurs de la santé aux éclaboussures de sang, aux sécrétions corporelles ou aux excréctions. À cette fin, on estime que les masques chirurgicaux sont adéquats^{9,44,45}.

↑BIII

- iv. Les travailleurs de la santé doivent éviter de se toucher les yeux avec les mains afin de prévenir l'auto-contamination avec des agents pathogènes.

- v. Porter un masque, tel mentionné à la section 2.6.

↑BIII

b. Gants

- i. Il n'est pas nécessaire de porter des gants pour fournir des soins courants à des patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée. Un lavage méticuleux des mains au savon et à l'eau ou une antiseptie des mains rendra le virus inactif.

↑AIII

- ii. Le port de gants est une mesure de prévention supplémentaire et non un substitut à l'hygiène des mains^{46,47}.

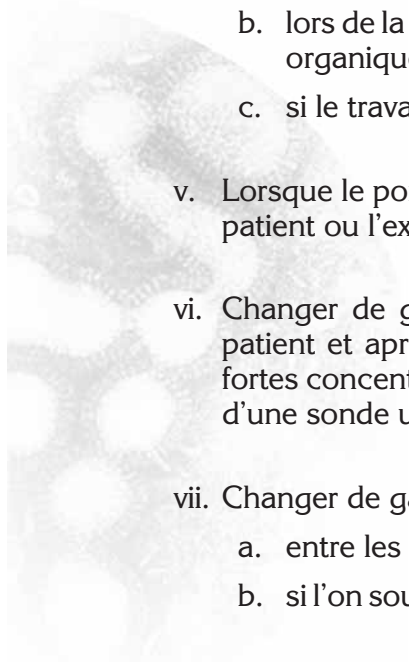
↑BII

- iii. Le port de gants n'est pas nécessaire pour les activités courantes de soins où l'on ne touche que la peau intacte du patient, p. ex., lors de son transport.

↑BIII

- iv. Le port de gants propres non stériles est notamment indiqué dans les cas suivants^{9,44,102-105} :

- a. lors de tout contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions et excréctions, des muqueuses, des plaies par exérèse ou des lésions cutanées (des lésions cutanées ouvertes ou des éruptions exudatives);



- b. lors de la manipulation d'articles visiblement souillés de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions;
- c. si le travailleur de la santé a des lésions cutanées ouvertes aux mains.

↑AII

- v. Lorsque le port de gants est indiqué, les enfiler juste avant le contact avec le patient ou l'exécution de la procédure nécessitant des gants^{95,106,107}.

↑AII

- vi. Changer de gants entre les activités ou procédures de soins d'un même patient et après tout contact avec des articles susceptibles de contenir de fortes concentrations de microorganismes^{46,95}, p. ex., lors de la manipulation d'une sonde urinaire à demeure.

↑BIII

- vii. Changer de gants :

- a. entre les contacts avec différents patients;
- b. si l'on soupçonne qu'ils ont perdu leur étanchéité ou s'ils sont déchirés.

↑AII

- viii. Les gants éventuellement contaminés doivent être enlevés et jetés immédiatement après avoir accompli les soins ou la tâche particulière, à l'endroit où vous les avez utilisés, avant de toucher les surfaces propres de l'environnement (p. ex., un glucomètre, un thermomètre ou un brassard de tensiomètre)^{46,95,106,107,133}.

↑AII

- ix. Se laver les mains immédiatement après avoir enlevé les gants^{46,47}.

↑AII

- x. Ne pas réutiliser ni laver les gants jetables à usage unique⁴⁷.

↑AII

c. Blouses

- i. Il n'est pas nécessaire de porter une blouse pour dispenser des soins courants aux patients chez qui l'influenza est confirmé ou que l'on soupçonne d'être atteints d'influenza.

↑AI

- ii. Ne porter une blouse à manches longues que pour protéger la peau découverte et éviter de salir les vêtements lors d'interventions et d'activités de soins aux patients susceptibles de produire des éclaboussures ou des jaillissements de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions^{9,45}.

↑BIII

- iii. Les travailleurs de la santé doivent s'assurer que toute zone ou lésion ouverte des avant-bras ou que la peau exposée soit couverte d'un pansement sec en tout temps. La peau intacte contaminée par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments doit être lavée à fond, mais doucement, le plus rapidement possible au savon et à l'eau tiède.

↑BIII

D. Restrictions de l'activité des patients

1. Il n'est pas nécessaire de limiter les activités des patients, parce que ceux-ci ainsi que le personnel ont déjà été exposés à l'influenza ou infectés par celle-ci.

↑**AIII**

E. Restrictions concernant les visiteurs

1. Afficher des avis aux entrées de l'hôpital temporaire :
 - a. avertissant les visiteurs qu'ils courent le risque d'attraper l'influenza et interdisant l'accès à ceux qui n'ont pas été atteints du syndrome grippal. La famille immédiate d'un patient en phase terminale est exemptée de cette interdiction;
 - b. interdisant l'accès aux visiteurs souffrant d'une maladie respiratoire aiguë, car d'autres maladies respiratoires sont en circulation.

↑**AIII**

F. Nettoyage, désinfection et stérilisation de l'équipement de soins aux patients

La stérilisation et la désinfection de haut niveau nécessitent la supervision d'un professionnel qualifié, du matériel spécialisé et un endroit réservé à cet effet. Les articles qui nécessitent une stérilisation ou une désinfection de haut niveau doivent être jetables. Autrement, ils doivent être gérés par l'organisme d'attache.

Il faut insister sur le fait que le nettoyage, la désinfection, la stérilisation, l'entreposage et la manipulation adéquats du matériel de soins des patients sont une composante primordiale des soins de santé. Le matériel et les surfaces contaminés par les sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée doivent être nettoyés avant d'être utilisés pour un autre patient. Les recommandations suivantes valent dans tous les cas. Veuillez vous reporter au glossaire pour la définition des termes.

Recommandations

1. Processus
 - a. Il est déconseillé de traiter de nouveau (c.-à-d. désinfection ou stérilisation) du matériel. Toutefois, si on envisage de le faire, l'organisme d'attache devra fournir les services d'une personne avertie et spécialement formée qui sera responsable du processus. S'il n'existe pas d'organisme d'attache pour créer ou exploiter l'hôpital temporaire pour les personnes atteintes d'influenza, on s'attend à ce qu'un autre organisme assume un tel rôle. S'il faut transporter du matériel souillé pour le désinfecter ou le stériliser, l'organisme d'attache doit élaborer un processus pour séparer le matériel souillé du matériel propre ou stérile et pour manipuler et transporter le matériel contaminé de façon sécuritaire.
- b. Établir des procédures d'attribution des responsabilités et d'imputabilité pour le nettoyage courant de tout le matériel de soins aux patients^{109,111,112,134}.
- c. Il est fortement déconseillé de réutiliser les articles jetables à usage unique.

↑**AIII**

↑**BIII**

↑**AII**

2. Nettoyage

- a. Entre chaque patient, nettoyer le matériel commun. Utiliser un germicide approuvé par les hôpitaux pour le nettoyage courant. Reportez-vous au tableau A, Techniques de nettoyage des surfaces et des objets courants, de l'appendice V. **↑BIII**
- b. Nettoyer à fond les articles réutilisables avant de les désinfecter ou de les stériliser¹³⁵⁻¹³⁷. Les laver à l'eau chaude savonneuse, à l'aide d'un nettoyeur enzymatique. **↑AII**
- c. Nettoyer dans les plus bref délais le matériel visiblement souillé. **↑BIII**
- d. Manipuler le matériel souillé de soins aux patients en évitant l'exposition de la peau, les muqueuses ainsi que la contamination des vêtements et de l'environnement. **↑BIII**
- e. Nettoyer les toilettes et les chaises d'aisance deux fois par jour et lorsqu'elles sont souillées. Idéalement, chaque patient devrait avoir son propre bassin, qui serait étiqueté convenablement ou nettoyé entre chaque utilisation. **↑BIII**
- f. Les patients ne doivent pas se partager les mêmes produits d'hygiène personnelle (p. ex., lotions, crèmes et savons). **↑BIII**

3. Désinfection

- a. Rincer et sécher convenablement les articles réutilisables avant de les désinfecter ou de les stériliser et les sécher avant de les entreposer. **↑AII**
- b. Suivre les instructions écrites du fabricant concernant l'utilisation du désinfectant chimique.
- c. N'utiliser que des désinfectants ayant un DIN (ceux dont l'utilisation est approuvée au Canada).
- d. Le matériel d'inhalothérapie et d'anesthésie nécessite, au minimum, une désinfection de haut niveau¹¹³⁻¹¹⁶. **↑AIII**

4. Stérilisation

- a. Le matériel critique doit être stérile¹³⁵. **↑AIII**
- b. Surveiller le processus de stérilisation à la vapeur au moins une fois par jour à l'aide d'un indicateur biologique¹³⁷. **↑AIII**
- c. Surveiller chaque cycle du processus de stérilisation à l'aide d'indicateurs mécanique et chimique¹¹⁸. Chaque lot doit comprendre un indicateur chimique¹³⁷. **↑AIII**

- d. Établir et suivre une procédure de rappel des articles traités dans un chargement qui contenait un indicateur biologique ayant donné un résultat positif¹³⁷. ↑**AIII**
 - e. La stérilisation rapide est déconseillée. ↑**AIII**
 - f. La stérilisation par four à micro-ondes, stérilisateur à billes de verre ou ébullition est déconseillée¹³⁸. ↑**AIII**
5. Entreposage
- a. Après le retraitement, veiller à préserver la stérilité du matériel jusqu'à utilisation¹¹⁸. ↑**AIII**
 - b. Les articles stériles doivent le rester jusqu'à leur utilisation¹¹⁸⁻¹²⁰. ↑**AII**
 - c. Entreposer les articles stériles et propres dans un endroit propre et sec. ↑**AII**
 - d. Ne pas accumuler d'articles propres et stériles. ↑**AII**
 - e. Conserver le matériel souillé dans un endroit séparé du matériel et des articles propres et stériles. ↑**AII**

G. Contrôle environnemental (entretien ménager, buanderie et déchets)

Le virus de l'influenza survit bien dans l'environnement, et les patients peuvent contaminer leur environnement par des sécrétions respiratoires. Sur les surfaces poreuses dures, le virus peut survivre de 24 à 48 heures, peut être transféré aux mains et survivre jusqu'à cinq minutes¹⁴.

Le matériel et les surfaces (p. ex., les bureaux, les accoudoirs) contaminés par des sécrétions de patients grippés ou soupçonnés de l'être devraient être nettoyés avant d'être utilisés par un autre patient.

1. Entretien ménager

On se saurait trop insister sur le fait que l'entretien ménager adéquat constitue un élément clé des soins de la santé. Les recommandations suivantes valent dans tous les cas. Veuillez vous reporter au lexique pour la définition des termes.

Recommandations

- a. Processus
 - i. Les organismes d'attache doivent fournir les services d'une personne avertie et spécialement formée responsable de l'entretien ménager ainsi que des directives concernant les horaires et les méthodes de travail.

S'il n'existe pas d'organisme d'attache pour planifier ou gérer les lieux de triage, on s'attend à ce qu'un autre organisme assume un tel rôle.

↑**AIII**

ii. Les produits et les procédures doivent correspondre à ceux de l'organisme d'attache ou être approuvés par lui.

↑**AIII**

iii. Une formation destinée à ceux qui effectuent le nettoyage devrait les aider à comprendre les méthodes efficaces de nettoyage et l'importance de leur travail.

↑**BIII**

iv. Il faut offrir aux nettoyeurs, comme aux autres travailleurs de la santé, la possibilité d'être vaccinés contre l'hépatite B^{6,9}.

↑**AII**

b. Nettoyage

i. Un nettoyage quotidien devrait suffire pour garder propres et exemptes de poussière les surfaces de l'environnement et les articles de soins médicaux non cruciaux¹²¹⁻¹²³. Nettoyer deux fois par jour, et dès leur contamination avérée, les éléments que les fournisseurs de soins de santé et les patients, résidents ou clients touchent (c.-à-d. contaminent) fréquemment avec leurs mains, comme les surfaces du matériel médical et les boutons de réglage et d'ouverture du matériel.

↑**BIII**

ii. Le nettoyage soigneux et vigoureux des surfaces de l'environnement est un moyen efficace d'éliminer de nombreux contaminants des surfaces.

↑**AII**

iii. Dans la mesure du possible, préférer l'époussetage ou le balayage humide à la méthode à sec, afin d'éviter de soulever des particules de poussière. Le nettoyage à sec devrait être réalisé soigneusement avec une vadrouille sèche traitée chimiquement ou avec un aspirateur (équipé d'un filtre d'évacuation), plutôt qu'avec un balai. (Remarque : les planchers recouverts d'une moquette sont déconseillés).

↑**BIII**

iv. Passer un aspirateur équipé d'un filtre d'évacuation sur les planchers recouverts d'une moquette. L'air expulsé par les aspirateurs doit être diffusé afin d'éviter l'aérosolisation de la poussière des surfaces non nettoyées.

↑**BIII**

v. Les solutions et outils de nettoyage utilisés pour le nettoyage humide se contaminent rapidement. Il faut donc adopter des procédures pour éviter de redistribuer les microorganismes. On peut nettoyer d'abord les endroits faiblement contaminés avant de passer à ceux qui le sont lourdement, et renouveler fréquemment les solutions de nettoyage et les chiffons et les têtes de vadrouille.

↑**BIII**

vi. Le vadrouillage humide est couramment effectué selon la méthode des deux seaux, l'un contenant la solution, l'autre l'eau de rinçage. Cette méthode prolonge la durée de vie de la solution, de sorte qu'elle devra être renouvelée moins souvent. En effet, avec un seul seau, la solution doit être remplacée plus souvent parce qu'elle devient sale rapidement.

↑**BIII**

vii. Nettoyer et sécher les outils de nettoyage et de désinfection entre chaque utilisation.

↑**BIII**

viii. Laver quotidiennement les têtes de vadrouille et les sécher à fond avant de les ranger¹²¹ ou de les réutiliser.

↑**BIII**

c. Produits de nettoyage

i. Les détergents conviennent pour nettoyer les surfaces dans la plupart des endroits. Se reporter au tableau A, Techniques de nettoyage des surfaces et des objets courants, de l'appendice V.

ii. Mélanger et utiliser les produits de nettoyage et les produits désinfectants selon les recommandations du fabricant.

↑**AIII**

iii. Matériel de protection : Porter des gants de nettoyage domestique lors des procédures de nettoyage et de désinfection. Suivre les instructions du fabricant concernant l'utilisation du produit pour en assurer la manipulation sécuritaire.

↑**BIII**

iv. La désinfection par brumisation (vaporisation d'un désinfectant dans un espace clos) n'est pas nécessaire et est même déconseillée¹³⁹.

↑**AIII**


d. Déversements de sang ⁹

i. Porter l'équipement de protection individuelle qui convient pour nettoyer un déversement de sang. Utiliser des gants lors des procédures de nettoyage et de désinfection. Prendre soin de ne pas faire des éclaboussures de sang et de ne pas produire des aérosols lors du nettoyage. S'il y a risque de projection de sang, porter un écran facial, des lunettes de sécurité ou un masque, ainsi qu'une blouse. Si le déversement de sang est important, porter une salopette de travail, une blouse ou un tablier, ainsi que des bottes ou des couvre-chaussures. Changer l'équipement de protection individuelle s'il est déchiré ou souillé, et toujours l'enlever avant de quitter le lieu du déversement, puis se laver les mains.

↑**BIII**

ii. Enlever les matières organiques évidentes avant d'appliquer un désinfectant sur le lieu du déversement, car les hypochlorites et autres désinfectants sont inactivés de façon substantielle par le sang et d'autres matières^{9,140,141}. Enlever avec des chiffons jetables l'excédent de sang et de liquides susceptibles de transmettre des infections. Mettre les chiffons souillés dans une poubelle contenant un sac en plastique.

↑**AII**

- 
- iii. Après le nettoyage, désinfecter le lieu avec un désinfectant chimique de faible niveau (p. ex., un composé d'ammonium quaternaire, qui est un germicide chimique homologué pour être utilisé dans les hôpitaux) ou avec un hypochlorite de sodium (eau de Javel). Pour que l'hypochlorite de sodium désinfecte efficacement, il faudra en utiliser une concentration allant de 500 ppm à 5 000 ppm (une dilution d'eau de Javel de 1/100 à 1/10 respectivement), selon la quantité de matière organique (p. ex., du sang ou du mucus) sur la surface à nettoyer et à désinfecter. Reportez-vous au tableau B de l'appendice V, Mode de préparation et d'emploi des désinfectants à base de chlore.

Pour certains instruments médicaux, il sera préférable d'utiliser des désinfectants chimiques vendus dans le commerce, parce que l'utilisation répétée d'hypochlorite de sodium, surtout à des dilutions de 1/10, risque de les corroder^{62,140,142}. Pour déterminer la dilution et la température d'utilisation de désinfectants chimiques dans un milieu hospitalier, suivre les recommandations du fabricant. Laisser l'hypochlorite de sodium ou le germicide chimique en contact avec la surface à traiter pendant 10 minutes.

↑**AII**

- iv. Essuyer la surface traitée avec des essuie-tout mouillés avec de l'eau de robinet. Laisser à la surface le temps de sécher. Mettre les essuie-tout utilisés dans une poubelle contenant un sac en plastique.

↑**AIII**

- v. Après avoir enlevé les gants, se laver les mains à fond.

↑**AII**

2. Buanderie

Il n'est pas nécessaire de suivre des directives particulières pour manipuler la literie contaminée par des sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou chez qui l'influenza est confirmée. Les recommandations suivantes valent dans tous les cas.

Recommandations

a. Processus

- i. Les organismes d'attache doivent fournir les services d'une personne avertie et spécialement formée responsable de la buanderie. S'il n'existe pas d'organisme d'attache pour planifier ou gérer les lieux de triage, on s'attend à ce qu'un autre organisme assume un tel rôle.

↑**AIII**

b. Ramassage et manipulation

- i. Il n'est pas nécessaire de suivre des directives particulières pour manipuler la literie de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou l'ayant effectivement.

↑**AII**

- ii. Manipuler la literie souillée de tous les patients de la même façon.

↑**AII**

- iii. Agiter et brasser la literie souillée le moins possible^{126,127,143}.

↑**BIII**

- iv. Ne pas trier ni rincer la literie dans les aires de soins aux patients. **↑BIII**
- v. Rouler ou plier la literie très souillée de façon à contenir la majeure partie de la saleté en son milieu^{126,127}. Si la literie contient de grandes quantités de matières solides, comme des selles ou des caillots de sang, les retirer avec des gants et du papier hygiénique, puis les mettre dans un bassin ou une toilette. Pour éviter tout risques d'éclaboussure, ne pas enlever les excréments (p. ex., sur du linge ou des coussinets d'incontinence réutilisables) en les aspergeant d'eau. **↑BIII**
- c. Mise en sac et confinement
- i. Mettre le linge souillé dans des sacs au lieu de ramassage du linge^{126,127,144}. **↑CIII**
- ii. Il suffit d'utiliser un seul sac étanche^{126,144,145} ou un seul sac de tissu¹⁴³ pour prévenir la contamination ou infiltration. Ne doubler le sac que si des liquides s'échappent du premier sac^{126,127,145,146}. **↑BII**
- iii. Il est déconseillé d'utiliser des sacs solubles dans l'eau, parce qu'ils n'offrent aucun avantage quant au contrôle de l'infection et entraînent des dépenses supplémentaires^{126,127}. **↑BIII**
- iv. Il n'est pas nécessaire de recouvrir¹²⁷ les chariots ou les paniers à linge sale pour ramasser ou transporter le linge sale, sauf si on tient compte de la désodorisation. **↑BIII**
- v. Attacher solidement et éviter de surcharger les sacs acheminés par chute à linge ou par chariot¹²⁶. **↑BIII**
- vi. Laver les sacs à linge sale après chaque utilisation. Vous pouvez le mettre dans la brassée de linge qu'il transportait¹²⁷. **↑BIII**
- d. Transport
- i. Si on envoie la literie à une buanderie commerciale, s'assurer impérativement que le chargement de linge sale dans le camion est isolé du chargement de linge propre, pour éviter tout risque de mélanger le linge sale avec le linge propre. **↑BIII**
- ii. Manipuler le chariot à linge sale en veillant à réduire les risques de contamination croisée^{121,127}. **↑BIII**
- iii. Utiliser des chariots distincts pour le linge sale et le linge propre. Laver les chariots à linge sale après chaque utilisation avec un produit de nettoyage destiné aux établissements de soins de santé. **↑BIII**

- iv. Transporter et entreposer le linge propre de façon à éviter de le contaminer et de le salir^{121,126,127}.

↑**BIII**

e. Lavage et séchage

- i. Si on fait un lavage à basse température (inférieure à 71,0 °C), utiliser la concentration appropriée de détergent recommandé pour l'eau froide.

↑**BIII**

- ii. Il convient de faire un lavage à l'eau chaude (supérieure à 71,1 °C) si un détergent conçu pour le lavage à l'eau froide n'est pas employé¹²⁷.

↑**BIII**

- iii. Pour obtenir dans l'eau au moins 100 ppm de chlore résiduel total, ajouter 2 mL d'eau de Javel par litre d'eau. Se reporter au tableau B de l'appendice III, Mode de préparation et d'emploi des désinfectants à base de chlore.

↑**BIII**

- iv. Dans une buanderie d'établissement, on peut neutraliser l'alcalinité des tissus, de l'eau et du détergent en ajoutant un agent léger d'acidification. Cette diminution de pH, qui passe environ de 12 à 5, peut ainsi inactiver les bactéries restantes et réduire le risque d'irritation de la peau¹²⁷.

↑**BIII**

f. Protection des blanchisseurs

- i. Les blanchisseurs doivent se protéger contre les risques d'infection croisée par le linge souillé en portant de l'équipement de protection approprié, comme des gants, des blouses ou des tabliers, lors de la manipulation du linge souillé. Laver les gants réutilisables après utilisation, les suspendre pour les sécher et les jeter s'ils sont perforés ou déchirés.

↑**BIII**

- ii. Les postes de lavage des mains doivent être facilement accessibles.

↑**BII**

- iii. Les blanchisseurs doivent se laver les mains chaque fois qu'ils changent de gants ou les enlèvent^{3,5,9}.

↑**BII**

- iv. Le personnel des aires de soins doit éviter de mettre dans les sacs à linge sale des objets coupants ou piquants, comme des instruments médicaux et des éclats de verre, qui pourraient contaminer les travailleurs par inadvertance^{126,127}.

↑**BIII**

- v. Il faut offrir aux blanchisseurs, comme aux autres travailleurs de la santé, la possibilité d'être vaccinés contre l'hépatite B^{6,9}.

↑**AII**

- vi. Tous les soignants et les blanchisseurs doivent être formés aux procédures de manipulation du linge souillé⁹.

↑**BIII**

3. Déchets

Les déchets des hôpitaux temporaires ne sont pas plus dangereux que les déchets ménagers. Seuls les objets coupants ou piquants contaminés par des liquides organiques⁹ exigent une manipulation et un traitement particuliers. On ne saurait trop insister sur l'importance de la manipulation adéquate des déchets pour les soins de la santé. Il n'est pas nécessaire de traiter de façon spéciale les déchets contaminés par des sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou l'ayant effectivement. Les recommandations suivantes valent dans tous les cas.

Voir le glossaire des termes.

Recommandations

a. Processus

- i. Les organismes d'attache doivent fournir les services d'une personne avertie et spécialement formée responsable de la gestion des déchets. S'il n'existe pas d'organisme d'attache pour planifier ou gérer les lieux de triage, on s'attend à ce qu'un autre organisme assume un tel rôle.

↑AIII

- ii. Préparer des directives écrites pour promouvoir la sécurité des préposés à la manutention des déchets.

↑BIII

- iii. Il n'est pas nécessaire de traiter de façon spéciale les déchets contaminés par des sécrétions de patients soupçonnés d'avoir l'influenza ou l'ayant effectivement.

↑AII

b. Règlement

- i. Lors de la planification et la mise en œuvre de directives de traitement et d'élimination de déchets biologiques, se conformer aux règlements locaux sur l'environnement et la santé.

↑BIII

- ii. Certaines catégories précises de déchets biologiques peuvent être éliminées dans un site d'enfouissement correctement doté de processus visant à protéger les travailleurs et le public de tout contact avec les déchets.

↑BIII

- iii. Mettre les déchets médicaux (p. ex., des gants, des éponges, des pansements et des champs opératoires souillés ou imbibés de sang ou de sécrétions) dans des sacs à déchets étanches ou dans un sac doublé, avant de les éliminer dans un site d'enfouissement¹⁴⁷⁻¹⁴⁹.

↑BIII

- iv. Si les règlements locaux le permettent, le sang, les liquides aspirés, les excréments et les sécrétions peuvent être éliminés dans un égout sanitaire.

↑BIII

- v. Manipuler avec soin les aiguilles usées et les autres instruments piquants ou coupants lors de leur élimination pour éviter les risques de blessure. Jeter immédiatement les objets usés qui sont piquants ou coupants dans un contenant non perforable destiné à cet effet installé à l'endroit où ces objets sont utilisés^{9,124,125}.

↑AIII

- vi. Les conteneurs d'instruments piquants ou coupants doivent être marqués du symbole de danger biologique. Respecter les règlements provinciaux ou territoriaux concernant le code de couleur du symbole.

↑BIII

- vii. Les déchets infectieux doivent être transportés conformément à la Loi sur le transport des marchandises dangereuses et son règlement, qui sont appliqués par Transports Canada¹⁵⁰.

- viii. Entreposer les déchets infectieux dans un endroit prévu, auquel l'accès est limité au personnel autorisé. Prévoir aussi un local réfrigéré fermé à clé pour l'entreposage des déchets de laboratoire qui seront éliminés et transportés ailleurs¹⁵¹. Suivre les règlements provinciaux ou territoriaux pertinents concernant les exigences d'entreposage.

↑BIII

- ix. Puisque le producteur des déchets est responsable de ses déchets, il doit choisir soigneusement les entreprises de transport, de traitement et d'élimination de ses déchets pour s'assurer de l'exécution sécuritaire et légale¹⁵¹ de toutes les étapes du transport et de l'élimination des déchets.

↑BIII

c. Préposés à la manutention des déchets

- i. Les préposés à la manutention des déchets doivent porter le matériel de protection adapté au risque (p. ex., des chaussures de sécurité et des gants de travail épais).

↑BIII

- ii. Il faut offrir à ces ouvriers, comme aux autres travailleurs de la santé, la possibilité d'être vaccinés contre l'hépatite B^{6,9}.

↑AII

H. Soins des dépouilles

Il suffit de suivre les procédures ordinaires de prévention des infections lors de la manipulation des dépouilles de personnes décédées des suites de l'influenza. Il n'y a pas de risques supplémentaires de transmission de l'infection grippale.

Recommandations

1. Pour prévenir les infections lors de la manipulation de la dépouille d'une personne décédée, suivre les procédures habituelles décrites précédemment concernant le lavage et l'hygiène des mains, ainsi que l'utilisation de masques, de lunettes de protection ou d'écran facial, de gants et de blouse.
2. Mettre la dépouille de la personne décédée à domicile dans un sac mortuaire ou l'envelopper dans un drap s'il n'y a pas de sac mortuaire et le garder de préférence dans un lieu frais et sec, jusqu'à ce que l'entreprise de pompes funèbres vienne la chercher.

↑AIII

↑AIII

Appendice I. Système de cotation de lignes directrices

Système de cotation des lignes directrices de Santé Canada fondé sur des preuves

Trois catégories servent à coter la fermeté et la qualité des preuves et de fondement aux recommandations, tandis que trois classes décrivent la qualité des études à l'appui des recommandations. Ce format utilise une méthode fondée sur les preuves au moyen d'un examen détaillé des preuves obtenues à partir d'essais cliniques, d'études expérimentales bien conçues and d'études d'observation, tout en accordant moins d'importance aux études descriptives, à l'intuition clinique et à la mémoire. Voici une récapitulation de l'échelle de cotation.

Tableau : Fermeté et qualité des preuves contribuant aux recommandations

Catégories relatives à la fermeté de chaque recommandation	
CATÉGORIE	DÉFINITION
A	Preuves suffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation
B	Preuves acceptables pour recommander ou déconseiller l'utilisation
C	Preuves insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation
Catégories relatives à la qualité des preuves	
CLASSE	DÉFINITION
I	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé
II	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai clinique bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, B partir de plusieurs séries chronologiques, ou de résultats spectaculaires d'expériences non comparatives
III	Opinions exprimées par des sommités dans le domaine et reposant sur l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts.

Nota : Si l'on cite des règlements établis dans un document, on n'y attribue aucun code.

Appendice II.

Définition des États de préparation¹⁰ selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Phase 0 : Période interpandémique

Aucun signe d'apparition d'un nouveau type de virus n'a été signalé.

Phase 0 : Niveau 1 de préparation

Apparition d'une nouvelle souche d'influenza dans un cas humain.

Absence de preuve convaincante de l'éclosion ou de la propagation de l'activité grippale.

Phase 0 : Niveau 2 de préparation

Cas confirmé d'infection humaine.

Deux ou plusieurs cas d'infection humaine par un nouveau sous-type de virus, mais il reste à montrer la capacité du virus à se propager facilement de personne à personne, et à provoquer de nombreuses éclosions de la maladie qui pourraient aboutir à des épidémies.

Phase 0 : Niveau 3 de préparation

Existence de preuves convaincantes confirmant la transmission du nouveau sous-type de virus de personne à personne au sein de la collectivité, comme l'apparition de cas secondaires provoqués par des contacts avec un cas de référence et dont au moins une éclosion a duré au moins deux semaines dans un pays donné.

Phase 1 : Confirmation du début de la pandémie

Déclaration de l'existence d'une pandémie, dès qu'il a été démontré que le nouveau sous-type de virus a provoqué plusieurs éclosions d'influenza dans au moins un pays et qu'il s'est propagé à d'autres pays, présentant des profils de maladie indiquant que des cas de morbidité grave et des décès surviendront probablement dans au moins un segment de la population.

Phase 2 : Épidémies régionales et multi-régionales

Survenue d'éclosions et d'épidémies dans plusieurs pays et propagation de la maladie de région à région dans le monde entier.

Phase 3 : Fin de la première vague pandémique

Arrêt de la progression ou diminution du nombre d'éclotions dans les pays ou les régions touchés initialement, mais progression du nombre d'éclotions et d'épidémies du nouveau virus ailleurs dans le monde.

Phase 4 : Deuxième vague pandémique ou vagues ultérieures

À en juger par l'expérience, prévoir dans de nombreux pays au moins une vague redoutable d'éclotions du nouveau virus dans les trois à neuf mois après l'épidémie initiale.

Phase 5 : Fin de la pandémie (retour à la Phase 0 – Période interpandémique)

L'OMS déclarera la fin de la période pandémique, vraisemblablement après deux à trois ans. La fin de la pandémie se traduira par un retour des indices de l'activité grippale à des niveaux interpandémique essentiellement normaux et par le développement répandu de l'immunité de la population générale contre le nouveau sous-type de virus.

Appendice III. Procédures d'hygiène des mains

A. Lavage des mains (à l'aide de savon non antiseptique et d'un savon antiseptique)

Enlever les bijoux avant de se laver les mains ^{152,153} .
Rincer les mains sous le robinet d'eau chaude. But : déloger et enlever les microorganismes présents sur la peau.
Faire mousser le savon et laver, en frictionnant, toutes les surfaces des mains et des doigts. But : La durée minimale de cette étape est de 10 secondes ¹⁵⁴ ; elle peut devoir être prolongée si les mains sont visiblement souillées. Si l'on emploie des agents antiseptiques, il faut prévoir une dose de 3 à 5 mL ¹⁵² . Les pouces, le dessous des ongles et le dos des doigts et de la main sont fréquemment oubliés.
Rincer les mains à l'eau courante tiède. But : éliminer les microorganismes et tout résidu de savon.
Bien sécher les mains avec une serviette en papier jetable ou un sèche-mains. Le séchage permet de réduire encore davantage le nombre de microorganismes ^{155,156} . Il faut éviter d'employer des serviettes réutilisables à cause des risques de contamination microbienne.
Fermer le robinet en évitant de recontaminer les mains, p. ex., en utilisant une serviette jetable. But : éviter la recontamination des mains.
Garder les ongles courts ^{157,158} et ne pas utiliser de vernis à ongles ou des ongles artificiels. But : Le vernis à ongles écaillé peut augmenter la charge bactérienne ¹⁵⁸ . Les ongles artificiels, notamment les enveloppages, les acryliques ou les bouts, augmentent la charge bactérienne ¹⁵⁹⁻¹⁶¹ . Le vernis à ongles et les ongles artificiels empêchent de voir la saleté sous les ongles

Inspiré des Lignes directrices de prévention des infections de Santé Canada : *Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de soins de santé*, 1998³.

B. Décontamination des mains avec un agent antiseptique à base d'alcool

Pour décontaminer les mains à l'aide d'un agent antiseptique à base d'alcool si elles ne sont pas visiblement souillées* :

- ▶ appliquer le produit sur la paume d'une main, puis frotter les mains ensemble jusqu'à ce qu'elles soient sèches, en veillant à laver toutes les surfaces des mains et des doigts;
- ▶ suivre les recommandations du fabricant concernant la quantité de produit à utiliser.

Remarque : * Laver les mains si elles sont visiblement souillées ou contaminées par des substances protéiques ou si elles sont visiblement souillées par du sang ou d'autres liquides organiques en les lavant soit avec un savon non antiseptique et de l'eau, soit avec un savon antiseptique et de l'eau, tel que mentionné à l'appendice III A, Lavage des mains.

(Adapté de¹).

Appendice IV. Outil d'évaluation du syndrome grippal (SG)

Un outil d'évaluation du SG doit être utilisé pour le triage immédiat des patients ou du personnel et des logements ou de la cohorte de patients avant d'aller de l'avant avec l'hygiène et la sécurité au travail et le traitement clinique. Cet outil n'est pas destiné à être utilisé comme outil de gestion clinique. Un outil d'évaluation de la gestion clinique peut être trouvé dans l'annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

Outil d'évaluation du SG

Veillez vérifier les choses suivantes.

Le SG dans l'ensemble de la population est déterminé par la présence de 1 et 2 et 3 et de l'un ou l'autre des éléments de 4., a – c, qui pourraient être dus au virus d'influenza :

- ___ () 1. Apparition soudaine d'une maladie respiratoire
- ___ () 2. Fièvre (> 38 degrés C)*
- ___ () 3. Toux
- 4. Un ou plusieurs des symptômes suivants :
- ___ () a. mal de gorge
- ___ () b. arthralgie
- ___ () c. myalgie ou prostration

* Peut ne pas être présent chez les personnes âgées

Adapté de la définition sur la surveillance du SG présentement utilisé par FluWatch pour la saison 2002-2003⁸.

Appendice V. Tableaux

Tableau A. Procédures pour nettoyer les objets communs

Surface ou objet	Procédure	Considérations particulières
Les surfaces horizontales telles que les tables sur les lits, les plans de travail, les balances pour bébés, les lits, les lits à barreaux, les matelas, les côtés de lits et les sonnettes d'appel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nettoyage à fond et régulier 2. Nettoyage lorsque souillées 3. Nettoyage entre les patients ou les clients et après le renvoi 	Les procédures particulières, parfois appelées traitement au phénol, ne sont pas nécessaires. Certaines surfaces de l'environnement peuvent exiger un niveau de désinfection peu élevé (p. ex., dans les pouponnières, les installations de pédiatrie, les unités de soins intensifs et les centres de brûlés, les salles d'urgence, les salles d'opération et les installations de greffe de moelle osseuse).
Murs, stores, rideaux	Devraient être nettoyés régulièrement avec un détergent lorsque des éclaboussures ou des saletés surviennent	
Planchers	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nettoyage à fond et régulier 2. Nettoyage lorsque souillés 3. Nettoyage entre le renvoi des patients ou des clients De préférence, essuyer avec un linge humide	Le détergent est adéquat dans la plupart des endroits. Les éclaboussures de sang ou de liquide organique devraient être nettoyés avec des linges jetables, puis désinfectés avec un désinfectant de niveau peu élevé.
Tapis ou revêtements	Devraient être aspirés régulièrement et shampooinés au besoin	
Jouets	Devraient être nettoyés régulièrement, désinfectés avec un désinfectant de niveau peu élevé, rincés à fond et séchés (entre les utilisations des patients dans des installations de soins actifs)	Pour les installations de pédiatrie, les jouets devraient être fabriqués de matériaux lisses, non poreux (c.-à-d. pas de la peluche) afin de faciliter le nettoyage et la décontamination Ne pas utiliser des produits phénoliques.
Toilettes et chaises d'aisance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nettoyage à fond et régulier 2. Nettoyage lorsque souillés 3. Nettoyage entre les patients ou les clients et après le renvoi Utiliser un désinfectant de niveau peu élevé	Elles peuvent être la source de maladies entéro-pathogènes telles que <i>C. difficile</i> et <i>Shigella</i>

Tableau B. Consignes pour la préparation et l'utilisation de désinfectants à base de chlore³

Produit	Utilisation prévue	Dilution recommandée	Niveau de chlore accessible
Javellisant (solution de 5 % d'hypochlorite de sodium avec 50 000 ppm* chlore accessible)	Nettoyage d'éclaboussures de sang	Utiliser des concentrations allant d'une partie de javellisant mélangée à 99 parties d'eau du robinet (1:100) ou une partie de javellisant mélangée à 9 parties d'eau du robinet (1:10), selon la quantité de matériel organique (p. ex., sang ou mucus) présent sur la surface devant être nettoyées et désinfectée.	0,05 % ou 500 ppm 0,5 % ou 5 000 ppm
	À ajouter à l'eau de la lessive	Une partie (un contenant de 8 onces ou 235 mL) de javellisant mélangé à environ 500 parties (28 gallons† ou 127 L) d'eau du robinet	0,01 % ou 100 ppm
	Nettoyage de surfaces Tremper les objets de verre ou de plastique	Une partie (un contenant de 8 onces ou 235 mL) de javellisant mélangé à environ 50 parties (2,8 gallons† ou 127 L) d'eau du robinet	0,1 % ou 1 000 ppm
Poudre de NaDCC (Sodium dichloroisocyanurate) avec 60 % de chlore disponible	Nettoyage d'éclaboussures de sang	Dissoudre 8,5 g dans un litre d'eau du robinet	0,85 % ou 5 000 ppm
Poudre de Chloramine-T avec 25 % de chlore disponible	Nettoyage d'éclaboussures de sang	Dissoudre 20 g dans un litre d'eau du robinet	2,0 % ou 5 000 ppm

* Parties par gallon

† Gallon impérial (4,5 litres)

Bibliographie

1. BOYCE, JM, et D. PITTET. *Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force*. MMWR 2002; 51(RR-16):1-47.
2. SCHEIFELE, DW, J. OCHIO. Hepatitis A vaccine : *is it being used to best advantage?*. CMAJ 2002; 167(1):44-45.
3. SANTÉ CANADA. *Infection control guidelines for hand washing, cleaning, disinfection and sterilization in health care*. Part of the Infection Control Guidelines Series. Canada Communicable Disease Report 24S8, 1-54. 1998. Type de réf. : Rapport
4. VALENTI, WM, MA MENEGUS. *Nosocomial viral infections: IV. Guidelines for cohort isolation, the communicable disease survey, collection and transport of specimens for virus isolation, and considerations for the future*. Infect Control 1981; 2(3):236-245.
5. SANTÉ CANADA. *Infection control guidelines: Routine practices and additional precautions for preventing the transmission of infection in health care*. Canada Communicable Disease Report 25S4, 1-142. 1999. Type de réf. : Rapport
6. SANTÉ CANADA. *Infection control guidelines for the prevention and control of occupational infections in health care*. CDR 2002; 28S1:1-264.
7. SANTÉ CANADA. *Clinical care guideline, annex G of the preparedness section of the Canadian pandemic influenza plan: July 2002 draft*. 1-166. 2003. Type de réf. : Générique
8. SANTÉ CANADA. *Fluwatch: definitions for the 2002-2003 season*. Fluwatch 2002-2003, 1-2. 9-13-2002. Type de réf. : Communication Internet
9. SANTÉ CANADA. *Infection control guidelines for preventing the transmission of bloodborne pathogens in health care and public services settings*. Part of the Infection Control Guidelines Series. Canada Communicable Disease Report 23S3, 1-42. 1997. Type de réf. : Rapport
10. GUST, ID, AW HAMPSON, D. LAVANCHY. *Planning for the next pandemic of influenza*. Rev Med Virol 2001; 11(1) : 59-70.
11. PATTERSON, KD. *The virus and the disease*. In : Patterson KD, éd. *Pandemic Influenza 1700-1900 : A Study in Historical Epidemiology*. Totowa, NJ: Rowman & Littlefield, 1986: 1-10.
12. GLEZEN, WP. *Emerging infections: pandemic influenza*. Epidemiol Rev 1996; 18(1):64-76.
13. COUCH, RB., TR CATE, RG DOUGLAS, PJ GERONE. V. KNIGHT. *Effect of route of inoculation on experimental respiratory viral disease in volunteers and evidence for airborne transmission*. Bacteriol Rev 1966; 30:517-529.

14. BEAN, B, BM MOORE, B. STERNER, LR PETERSON, DN GERDING, HH BALFOUR. *Survival of influenza viruses on environmental surfaces*. J Infect Dis 1982; 146:47-51.
15. MORENS, DM, VM RASH. *Lessons from a nursing home outbreak of influenza A*. Infect Control Hosp Epidemiol 1995; 16(5):275-280.
16. GARNER, JS, HICPAC. *Guideline for isolation precautions in hospitals – Special report*. Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17(1):54-80.
17. Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for prevention of nosocomial pneumonia*. IN : Friede A, O'Carroll PW, Nicola RM, Oberle MW, Teutsch SM, editors. CDC Prevention Guidelines: a guide to action. Atlanta, Georgia: Williams & Wilkins, 1997: 1277-1354.
18. MOSER, MR, TR BENDER, HS MARGOLIS, GR NOBLE, AP KENDAL, DG RITTER. *An outbreak of influenza aboard a commercial airliner*. Am J Epidemiol 1979; 110(1):1-6.
19. LOOSLI, CG, HM LEMON, OH ROBERTSON, E APPEL. *Experimental air-borne influenza infection. I. Influence of humidity on survival of virus in air*. Proc Soc Exp Biol Med 1943; 53:205-214.
20. Control of communicable diseases manual. 17th ed. ed. Washington, DC: American Public Health Association, 2000.
21. KNIGHT, V. *Airborne transmission and pulmonary deposition of respiratory viruses*. In : Mulder J, Hers JFP, editor, Influenza. Groningen, Netherlands: Wolters-Noordhoff, 1972: 1-9.
22. DOUGLAS, RG. *Influenza in Man*. In : Kilbourne ED, editor The Influenza Virus and Influenza. New York : American Press, 1975: 395-447.
23. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics, Pickering LK, Peter G, Baker CJ, Gerber MA et al. 2000 Red Book: report of the committee on infectious diseases. 25 ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2000.
24. BRADLEY, SF. *Long-Term-Care Committee of the Society for Healthcare Epidemiology of America. Prevention of influenza in long-term-care facilities*. Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20(9):629-637.
25. Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines for prevention and control of pandemic influenza in healthcare institutions – draft – 03/23/00*. 1-11. 3-23-2000. Type de réf.: Rapport
26. SQUIRE, SG, JF MACEY, T. TAM. *Progress towards Canadian target coverage rates for influenza and pneumococcal immunizations*. CDR 2001; 27(10):90-91.
27. SANTÉ CANADA. *Influenza and pneumococcal immunization 'blitz' in an inner city area: downtown eastside of Vancouver, British Columbia*. CDR 2000; 26(14):1-5.
28. DE WALS, P, M. CARBONNEAU, H PAYETTE, T. NIYONSENGA. *Influenza and pneumococcal vaccination in long term care facilities in two regions of Quebec*. Can J Infect Dis 1996; 7(5):296-300.

29. MUNOZ, FM, JR CAMBELL, RL ATMAR, J. GARCIA-PRATZ, BD BAXTER, LE JOHSON et al. *Influenza A virus outbreak in a neonatal intensive care unit*. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18(9):811-815.
30. MEIBALANE, R, GV SEDMAK, P. SASIDHARAN, P. GARG, JP GRAUSZ. *Outbreak of influenza in a neonatal intensive care unit*. *J Pediatr* 1977; 91(6):974-976.
31. CUNNEY, RJ, A. BIALACHOWSKI, D. THORNLEY, F. SMAIL, RA PENNIE RA. *An outbreak of influenza A in a neonatal intensive care unit*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21(7):449-454.
32. DUCHINI, A., RM HENDRY, DC REDFIELD, PJ POCKROS. *Influenza infection in patients before and after liver transplantation*. *Liver Transplantation* 2000; 6(5):531-542.
33. YOUSUF, HM, J. ENGLUND, R. COUCH, K. ROLSTON, M. LUNA, J. GOODRICH et al. *Influenza among hospitalized adults with leukemia*. *Clin Infect Dis* 1997; 24(6):1095-1099.
34. WHIMBEY, E, GP BODEY. *Viral pneumonia in the immunocompromised adult with neoplastic disease: the role of common community respiratory viruses*. *Semin Respir Infect* 1992; 7(2):122-131.
35. RAAD, I, J. ABBAS, E. WHIMBEY. *Infection control of nosocomial respiratory viral disease in the immunocompromised host*. *Am J Med* 1997; 102(3A):48-54.
36. KEEN-PAYNE, R. *We must have nurses. Spanish influenza in America 1918-1919*. *Nurs Hist Rev* 2000; 8:143-156.
37. COX, NJ. *Global epidemiology of influenza : past and present*. *Annu Rev Med* 2000; 51:407-421.
38. FROST, WH. *The epidemiology of influenza*. *J Am Med Assoc* 1919; 73(5):313-318.
39. REICHERT, TA, N. SUGAYA, DS FEDSON, WP GLEZEN, L. SIMONSEN, M. TASHIRO. *The Japanese experience with vaccinating schoolchildren against influenza*. *N Eng J Med* 2001; 344(12):889-896.
40. JORDAN, WS. *The mechanisms of spread of Asian influenza*. *Am Rev Respir Dis* 1961; 83(2S):29-40.
41. GLEZEN, WP, FA LODA, FW DENNY. *A field evaluation of inactivated, zonal-centrifuged influenza vaccines in children in Chapel Hill, North Carolina, 1968-69*. *Bull World Health Org* 1969; 41:566-569.
42. GLEZEN, WP. *Serious morbidity and mortality associated with influenza epidemics*. *Epidemiol Rev* 1982; 4:25-44.
43. MUNOZ, FM, GJ GALASSO, JM GWALTNEY, FG HAYDEN, R. WEBSTER et al. *Current research on influenza and other respiratory viruses: II International Symposium*. *Antiviral Res* 2000; 46(2):91-124.
44. RICKETTS, M, L. DESCHAMPS. *Reported seroconversions to human immunodeficiency virus among workers worldwide – a review*. *Can J Infect Control* 1992; 7(3):85-90.
45. Centers for Disease Control and Prevention. *Update: human immunodeficiency virus infections in health care workers exposed to blood of infected patients*. *MMWR* 1987; 36(19):285-289.

46. OLSEN, RJ, P. LYNCH, MB COYLE, J. CUMMINGS, T. BOKETE, WE STAMM. *Examination gloves as barriers to hand contamination in clinical practice* J Am Med Assoc 1993; 270(3):350-353.
47. DOEBBELING, BN, MA PFALLER, AK HOUSTON, RP WENZEL. *Removal of nosocomial pathogens from the contaminated glove: implications for glove reuse and handwashing.* Ann Intern Med 1988; 109(5):394-398.
48. ARDEN, NH. *Control of influenza in the long-term-care facility: a review of established approaches and newer options.* Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21(1):59-64.
49. MC GREER, A, DS SILTAR, SE TAMBLYN, F. KOLBE, P. ORR, FY AOKI. *Use of antiviral prophylaxis in influenza outbreaks in long term care facilities.* Can J Infect Dis 2000; 11(4):187-192.
50. SMITH, PW, PG RUSNAK. *Infection prevention and control in the long-term care facility.* Infect Control Hosp Epidemiol 1997; 18(12):831-849.
51. GOLDRICK, BA. *Infection control programs in long-term-care facilities: structure and process.* Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20(22):764-769.
52. GOODMAN, RA, SL SOLOMON. *Transmission of infectious diseases in outpatient health care setting.* J Am Med Assoc 1991; 265(18):2377-2381.
53. FRIEDMAN, C, M. BARNETTE, AS. BUCK, R. HAM, J. HARRIS, P. HOFFMAN, et al. *Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in out-of-hospital settings: a consensus panel report.* American Journal of Infection Control 27[5], 418-430. 10-1-1999. Ref Type: Abstract
54. DRUMMOND, DC, AG SKIDMORE. *Sterilization and disinfection in the physician's office.* Can Med Assoc J 1991; 145(8):937-943.
55. Committee on Infectious Diseases, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. *Infection control in physician's offices.* Pediatr 2000; 105(6):1361-1369.
56. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Infection control in the physician's office.* Ontario College of Physicians and Surgeons, editor, 1999. Ontario. Type de réf. : Report
57. L'Association dentaire canadienne. *Recommendations for implementation of infection control procedure.* Canadian Dental Association, editor, 1-12. 2001. Ottawa, ON. Type de réf. : Rapport
58. HERWALDT, LA, SD SMITH, CD CARTER. *Infection control in the outpatient setting.* Infect Control Hosp Epidemiol 1998; 19(1):41-74.
59. Victorian Order of Nurses for Canada. *Infection control.* In : Victorian Order of Nurses for Canada, editor. Health Care Manual. Ottawa, ON: Victorian Order of Nurses for Canada, 1993: XIV-C-XIV-D.
60. POPOVICH, ML. *The joint commission's home care standards for infection control.* Home Care Provid 1999; 4(1):40-41.
61. ST PIERRE, M. . Caring 1996; 15(7):50-59.
62. SIMMONS, B, M. TRUSLER, J. ROCCAFORTE, P. SMITH, R, SCOTT. *Infection control for home health.* Infect Control Hosp Epidemiol 1990; 11(7):362-370.

63. WEAVER, VM, SD ARNDT. Communicable disease and firefighters. *Occup Med* 1995; 10(4):747-762.
64. United States Fire Administration. Guide to developing and managing an emergency service infection control program. FA-112. 1992. Emmitsburg, MD, United States Fire Administration. Type de réf. : Rapport
65. VANDERBROUCKE-GRAUDS, CMJE, ACM BAARS, MR VISSER, PF HULSTEART. An outbreak of *Serratia marcescens* traced to a contaminated bronchoscope. *J Hosp Infect* 1993; 23:263-270.
66. KJOLEN, H. et BM ANDERSEN. *Handwashing and disinfection of heavily contaminated hands—effective or ineffective?* *J Hosp Infect* 1992; 21:61-71.
67. WADE, JJ, N. DESAI, MW CASEWELL. *Hygienic hand disinfection for the removal of epidemic vancomycin-resistant Enterococcus faecium and gentamicin-resistant Enterobacter cloacae.* *J Hosp Infect* 1991; 18:211-218.
68. LARSON, EL, PI ELK, BE LAUGHON. *Efficacy of alcohol-based hand rinses under frequent-use conditions.* *Antimicrob Agents Chemother* 1986; 30(4):542-544.
69. Board of Funeral Services, Ontario Funeral Service Association. *Recommended guidelines for the implementation of universal precautions in the funeral service profession.* Toronto, ON: Board of Funeral Services, 1994.
70. Committee on Early Childhood AaDCAAoP. « The health professional as a health consultant to day care programs ». Dans : Deitch SA, éd. *Health in Day Care: A Manual for Health Professionals.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1987: 104-115.
71. *Child Well-Being: A Guide for Parents and Children.* 2001.
72. HENDLEY, JO. *How germs are spread.* In : Donowitz LG, editor *Infection Control in the Child Care Center and Preschool.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 3-6.
73. YAMAUCHI, T. *Guidelines for attendees and personnel.* In : Donowitz LG, editor, *Infection Control in the Child Care Center and Preschool.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 9-20.
74. LANDRY, SM. *Control of isolated and epidemic infection.* In : Donowitz LG, editor. *Infection Control in the Child Care Center and Preschool.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 67-75.
75. HALPERIN, SA. *Influenza (flu).* In : Donowitz LG, editor. *Infection Control in the Child Care Center and Preschool.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 188-191.
76. Committee on Early Childhood AaDCAAoP. *Keeping the child healthy in the day care setting.* In : Deitch SA, éditeur, *Health in Day Care: A Manual for Health Professionals.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1987: 11-31.
77. Committee on Early Childhood AaDCAAoP. *Prevention, control, and management of infections in day care.* In : Deitch SA, editor *Health in Day Care: A Manual for Health Professionals.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1987: 58-73.

78. *Immunizations and the vaccine-preventable diseases*. In : O'Connell JJ, Groth J, éditeur *The Manual of Common Communicable Diseases in Shelters*. Boston, MA: The Boston Foundation, 1991: 202-218.
79. Fact Sheets: *Influenza*. In : O'Connell JJ, Groth J, editor. *The Manual of Common Communicable Diseases in Shelters*. Boston, MA: The Boston Foundation, 1991: 240.
80. «Airborne». In: O'Connell JJ, Groth J, editors. *The Manual of Common Communicable Diseases in Shelters*. Boston (MA), The Boston Foundation, 1991, 50-105.
82. BRUNDAGE, J.F., R.M. SCOTT, W.M. LEDNAR, D.W. SMITH et R.N. MILLER. *Building-associated risk of febrile acute respiratory diseases in Army trainees*, J Am Med Assoc, 1998, 259(14):2108-2112.
83. DRINKA, PJ, P. KRAUSE, M. SCHILLING, B.A. MILLER, P. SHULT et S. GRAVENSTEIN S. *Report of an outbreak: nursing home architecture and influenza-A attack rates*. J Am Geriatr Soc, 1996, 44(8):910-913.
84. SANTÉ CANADA. *Guidelines for preventing the transmission of tuberculosis in Canadian health care facilities and other institutional settings*, Canada Communicable Disease Report 22S1, 1-50. 4-1-1996. Ref Type: Report
85. KABARA, J.J. et M.B. BRADY. *Contamination of bar soaps under «in-use» conditions*, Journal Environ Pathol Toxicol Oncol, 1984, 5(4/5):1-14.
86. LARSON, E. et .E.K. KRETZER. *Compliance with handwashing and barrier precautions*, J Hosp Infect 1995, 30(Supplement):88-106.
87. LARSON, E.L., J.L. BRYAN, L.M. ADLER et C. BLANE. *A multifaceted approach to changing handwashing behavior*, Am J Infect Control, 1997, 25:3-10.
88. KUNIN. C.M. *The responsibility of the infectious disease community for the optimal use of antimicrobial agents*, J Infect Dis, 1985, 151(3):388-398.
89. BETTIN, K., C. CLABOTS, P. MATHIE, K. WILLARD et D.N GERDING. *Effectiveness of liquid soap vs chlorhexidine gluconate for the removal of Clostridium difficile from bare hands and gloved hands*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1994, 15(11):697-702.
90. RICHARDS, N.M. et S. LEVITSKY. *Outbreak of Serratia marcescens infections in a cardiothoracic surgical intensive care unit*, Ann Thorac Surg, 1975, 19(5):503-513.
91. EHRENKRANZ, N.J. et B.C. ALFONSO. *Failure of bland soap handwash to prevent hand transfer of patient bacteria to urethral catheters*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1991, 12:654-662.
92. LARSON, E.L., APIC GUIDELINES COMMITTEE. *APIC guideline for hand washing and hand antisepsis in health care settings*, Am J Infect Control, 1995, 23(4):251-269.
93. LARSON, E. *A casual link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1988, 9:28-36.
94. DOEBBELING, B.N., G.L. STANLEY, C.T. SHEETZ, M.A. PFALLER, A.K. HOUSTON, L. ANNIS et al. *Comparative efficacy of alternative hand-washing agents in reducing nosocomial infections in intensive care units*. N Eng J Med, 1992, 327(2):88-93.

95. PATTERSON, J.E., J. VECCHIO, E.L. PANTELICK, P. FARREL, D. MAZON, M.J. ZERVOS *et al.* *Association of contaminated gloves with transmission of Acinetobacter calcoaceticus var. anitratus in an intensive care unit*, Am J Med, 1991, 91(November):479-483.
96. ROTTER, M.L., W. KOLLER et R. NEUMANN. *The influence of cosmetic additives on the acceptability of alcohol-based hand disinfectants*, J Hosp Infect, 1991, 18 (Supp. B)(June):57-63.
97. FRANCE, D.R. *Survival of Candida albicans in hand creams*, N Z Med J, 1968; 67:552-554.
98. MORSE, L.J., H.L. WILLIAMS, F.P. GRENN, E.E ELDRIDGE et J.R. ROTTA. *Septicemia due to Klebsiella pneumoniae originating from a hand cream dispenser*, N Eng J Med, 1967, 277:472-473.
99. MORSE, L.J. et L.E. SCHONBECK. *Hand lotions – a potential nosocomial hazard*, N Eng J Med, 1968, 278(7):376-378.
100. ORTH, B., R. FREI, P.H. ITIN, M.G. RINALDI, B. SPECK, A. GRATWOHL *et al.* *Outbreak of invasive mycoses caused by Paecilomyces lilacinus from a contaminated skin lotion*, Ann Intern Med, 1996, 125(10):799-806.
101. BECKS, V.E. et N.M. LORENZONI. *Pseudomonas aeruginosa outbreak in a neonatal intensive care unit: a possible link to contaminated hand lotion*, Am J Infect Control, 1995, 23(6):396-398.
102. SOULIER, A., F. BARBUT, J.M. OLLIVIER, J.C. PETIT et A. LIENHART. *Decreased transmission of enterobacteriaceae with extended-spectrum beta-lactamases in an intensive care unit by nursing reorganization*, J Hosp Infect, 1995, 31(2):89-97.
103. MALONE, N. et E. LARSON. *Factors associated with a significant reduction in hospital-wide infection rates*, Am J Infect Control, 1996, 24(3):180-185.
104. BELL, D.M. *Human immunodeficiency virus transmission in health care settings: risk and risk reduction*, Am J Med, 1991, 91(suppl 3B):S294-S300.
105. MAST, S.T., J.D. WOOLVINE et J.L. GERBERDING. *Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during simulated needlestick injury*, J Infect Dis, 1993, 168:1589-1592.
106. MANIAN, F.A., L. MEYER et J. JENNE. *Clostridium difficile contamination of blood pressure cuffs: a call for a closer look at gloving practices in the era of universal precautions*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1996, 17(3):180-182.
107. MAKI, D.G., R.D. MCCORMICK et M.A. ZILZ. *An MRSA outbreak in an SICU during universal precautions: a new epidemiology for nosocomial MRSA: downside for universal precautions*, Proceedings of the 3rd decennial international conference on nosocomial infections, Atlanta, 1990. Ref Type: Abstract
108. SATTAR, S.A., H. JACOBSEN, H. RAHMAN, T.M. CUSACK et J.R. RUBINO. *Interruption of rotavirus spread through chemical disinfection*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1994, 15(12):751-756.
109. SPACH, D.H., F.E. SILVERSTEIN et W.E. STAMM. *Transmission of infection by gastrointestinal endoscopy and bronchoscopy*, Ann Intern Med, 1993, 118(2):117-128.

110. CRYAN, E.M.J., F.R. FALKINER, T.E. MULVIHILL, C.T. KEANE, et P.W.N. KEELING. *Pseudomonas aeruginosa cross-infection following endoscopic retrograde cholangiopancreatography*, J Hosp Infect, 1984, 5:371-376.
111. O'CONNOR, B.H., J.R. BENNETT, D.R SUTTON, J.G. ALEXANDER, I. LEIGHTON, S.L. MAWER *et al.* *Salmonellosis infection transmitted by fiberoptic endoscopes*, Lancet, 1982, 864-866.
112. KACZMAREK, R.G., R.M. MOORE, JR., J. MCCROHAN, D.A GOLDMANN, C. REYNOLDS, C. CAQUELIN *et al.* *Multi-state investigation of the actual disinfection/sterilization of endoscopes in health care facilities*, Am J Med, 1992, 92(3):257-261.
113. CRAIG, D.B., S.A. COWAN, W. FORSYTH et S.E. PARKER. *Disinfection of anesthesia equipment by a mechanical pasteurization method*, Can Anaesth Soc J, 1975, 22:219-223.
114. CHATBURN, R.L. *Decontamination of respiratory care equipment: what can be done, what should be done*, Respir Care, 1989, 34(2):98-110.
115. NELSON, E.J. et K.J. RYAN. *A new use for pasteurization: disinfection of inhalation therapy equipment*, Respir Care, 1971, 16:97-103.
116. REICHERT, M. et J.H. YOUNG. *Sterilization technology for the health care facility*, Gaithersburg, Maryland, Aspen Publishers, Inc., 1997.
117. ALFA, M.J., N. OLSON, P. DEGAGNE et R. HIZON. « New low temperature sterilization technologies: microbicidal activity and clinical efficacy». In: Rutala WA, editor. *Disinfection, sterilization and antisepsis in health care*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. and Polyscience Publications, Inc., 1998: 67-78.
118. RUTALA, W.A. et K.M. SHAFER. « General information on cleaning, disinfection, and sterilization». In: Olmsted RN, editor. *APIC infection control and applied epidemiology: principles and practice*, St. Louis, Mosby, 1996, 1-16.
119. MAKI, D.G., J.T. BOTTICELLI, M.L. LEROY et T.S. THIELKE. *Prospective study of replacing administration sets for intravenous therapy at 48- vs 72-hour intervals: 72 hours is safe and cost-effective*, J Am Med Assoc, 1987, 258:1777-1781.
120. GORDON, S.M., M. TIPPLE, L.A. BLAND et W.R. JARVIS. *Pyrogen reactions associated with the reuse of disposable hollow fibre hemodialyzers*, J Am Med Assoc, 1988, 260:2077-2081.
121. RHAME, F.S. «The inanimate environment». In: Bennett JV, editor. *Hospital infections*, Philadelphia, Lippincott -Raven, 1998, 299-324.
122. COLLINS, B.J. *The hospital environment: how clean should a hospital be?*, J Hosp Infect, 1988, 11 (Supp. A):53-56.
123. LIOR, L., M. LITT, J. HOCKIN, C. KENNEDY, B.A. JOLLEY, M. GARCIA *et al.* *Vancomycin-resistant Enterococci on a renal ward in an Ontario hospital*, CCDC, 1996, 22:125-128.
124. CDC. *Case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood – France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994*, MMWR, 1995, 44(50):929-933.

125. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings*, MMWR, 1987, 36(2S):1S-18S.
126. MARTIN, M.A.. «Nosocomial infections related to patient care support services: dietetic services, central services department, laundry, respiratory care, dialysis, and endoscopy». In: Wenzel RP, editor. *Prevention and control of nosocomial infections*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1997, 647-688.
127. PUGLIESE, G. et C.A. HUNTSTIGER. «Central services, linens and laundry». In: Bennett JV, editor. *Hospital infections*, Toronto, Little Brown and Co., 1992, 335-344.
128. MULHAUSEN, P. «Infection and control of nosocomial infection in extended care facilities». In: Wenzel RP, editor. *Prevention and control of nosocomial infections*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1997, 283-306.
129. DEGELAU, J. *Scabies in long-term care facilities*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1992, 13(7):421-425.
130. HAAG, M.L. et S.J. BROZENA. *Attack of the scabies: what to do when an outbreak occurs*, Geriatrics, 1993, 48:45-53.
131. SARGENT, S.J. «Ectoparasites». In: Mayhall CG, editor. *Hospital epidemiology and infection control*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, 465-472.
132. STEERE, A.C. et G.F. MALLISON. *Handwashing practices for the prevention of nosocomial infections*, Ann Intern Med, 1975, 83:683-690.
133. KORNIWICZ, D.M. *Barrier protection of latex*, Immunology and Allergy Clinics of North America, 1995, 15(1 (February)):123-137.
134. MORENS, D.M., D.J. BREGMAN, C.M. WEST, M.H. GREENE, M.H MAZUR, R. DOLIN et al. *An outbreak of varicella-zoster virus infection among cancer patients*, Ann Intern Med, 1980, 93(3):414-419.
135. RUTALA, W.A. «Selection and use of disinfectants in health care». In: Mayhall CG, editor. *Hospital Epidemiology and Infection Control*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, 913-936.
136. JACOBS, P.T., J.H. WANG, R.A GORHAN et C.G ROBERTS. «Cleaning: principles, methods and benefits» In: Rutala WA, editor. *Disinfection, sterilization and antisepsis in health care*, Washington, D.C., Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. and Polyscience Publications, Inc., 1998, 165-181.
137. CANADIAN STANDARDS ASSOCIATION. *Effective sterilization in health care facilities by the steam process (Z314.3-01)*, Kraegel J, Burford G, editors, Z314.3-01, 1-50. 2001, Toronto, On, CSA International. Ref Type: Report
138. PERKINS, J.J. *Principles and methods of sterilization in health sciences*. 4th ed. ed. Springfield, Charles C Thomas, 1969.
139. ROSENBERG, J. *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in the community: who's watching?*, Lancet, 1995, 346:132-133.
140. RUTALA, W.A. *APIC guidelines for selection and use of disinfectants*, Am J Infect Control, 1990, 18(2):99-117.

141. FAVERO, M.S. et W.W. BOND. «Chemical disinfection of medical and surgical materials». In: Block SS, editor. *Disinfection, sterilization and preservation*, Philadelphia, Lea and Febiger, 1991, 617-641.
142. PRINCE, D.L., H.N. PRINCE, O. THRAENHART, E. MUCHMORE, E. BONDER et J. PUGH. *Methodological approaches to disinfection of human hepatitis B virus*, J Clin Microbiol, 1993, 31(12):3296-3304.
143. JOINT COMMITTEE ON HEALTHCARE LAUNDRY GUIDELINES. *Guidelines for healthcare linen service – 1994*, Hallandale, Florida, Joint Committee on Healthcare Laundry Guidelines, 1994.
144. SANTÉ CANADA. *Laundry/linen services for health-related facilities*. Minister of Supply and Services, 1994, Cat. No. H39-304/1994E, Unknown 1994.
145. WEINSTEIN, S.A., N.M. GANTZ, C. PELLETIER et D. HIBERT. *Bacterial surface contamination of patients' linen: isolation precautions versus standard care*, Am J Infect Control, 1989, 17(5):264-267.
146. MAKI, D.G., C. ALVARADO et C. HASSEMER. *Double-bagging of items from isolation rooms is unnecessary as an infection control measure: a comparative study of surface contamination with single- and double-bagging*, Infect Control, 1986, 7(11):535-537.
147. RÚTALA, W.A. «Disinfection, sterilization, and waste disposal». In: Wenzel RP, editor. *Prevention and control of nosocomial infections*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1997, 539-593.
148. REINHARDT, P.A., J.G. GORDON et C.J. ALVARADO. «Medical waste management». In: Mayhall CG, editor. *Hospital epidemiology and infection control*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, 1099-1108.
149. SCHMIDT, E.A. «Medical waste management». In: Olmsted RN, editor. *APIC infection control and applied epidemiology: principles and practice*, St. Louis, Mosby, 1996, 112-1.
150. TRANSPORT CANADA. *Transportation of dangerous goods act, 1992. Amendment, schedule no. 16, 24 March 1994*, Can Gazette 1994, 128:1526-1535.
151. HEALTH CANADA. *Laboratory biosafety guidelines, 2 ed*, Ottawa, Health Canada, 1996.
152. LARSON E. *Handwashing: it's essential – even when you use gloves*. Am J Nurs, 1989, 89:934-939.
153. SALISBURY, D.M., P. HÜTFILZ, L.M. TREEN, G.E. BOLLIN et S. GAUTAM. *The effect of rings on microbial load of health care workers' hands*, Am J Infect Control, 1997, 25(1):24-27.
154. NOSKIN, G.A., V. STOSOR, I. COOPER et L.R. PETERSON. *Recovery of vancomycin-resistant enterococci on fingertips and environmental surfaces*, Infect Control Hosp Epidemiol, 1995, 16(10):577-581.
155. GOULD, D. *The significance of hand-drying in the prevention of infection*, Nurs Times, 1994, 90(47):33-35.

156. HANNA, .P.J, B.J. RICHARDSON et M. MARSHALL. *A comparison of the cleaning efficiency of three common hand drying methods*, Applied Occupational and Environmental Hygiene, 1996, 11(1):37-43.
157. LOUIE, M., D.E LOW, S.V. FEINMAN, B. MCLAUGHLIN et A.E. SIMOR. *Prevalence of bloodborne infective agents among people admitted to a Canadian hospital*, Can Med Assoc J, 1992, 146(8):1331-1334.
158. BAUMGARDNER, C.A., C.S. MARAGOS, J. WALZ et E. LARSON. *Effects of nail polish on microbial growth of fingernails: dispelling sacred cows*, AORN J, 1993, 58(1):84-88.
159. POTTINGER, J., S. BURNS et C. MANSKE. *Bacterial carriage by artificial versus natural nails*, Am J Infect Control, 1989, 17(6):340-344.
160. FOCA, M., K. JAKOB, S. WHITTIER, P. DELLA-LATTA, S. FACTOR, D. RUBENSTEIN et al. *Endemic Pseudomonas aeruginosa infection in a neonatal intensive care unit*, N Eng J Med, 2000, 343(10):695-700.
161. MCNEIL, S.A., C.L. FOSTER, S.A HEDDERWICK et C.A. KAUFFMAN. *Effect of hand cleansing with antimicrobial soap or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers*, Clin Infect Dis, 2001; 32(3):367-372.