

Le présent rapport peut être reproduit sans autorisation, en totalité ou en partie, avec la mention suivante pour indiquer la source :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la santé publique, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses

Toronto (Canada)

Septembre 2005

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2005

ISBN 0-7794-8987-X (PDF)

Prévention des maladies respiratoires fébriles

Protection des patients et du personnel

Pratiques exemplaires de surveillance, de prévention et de lutte contre les maladies respiratoires fébriles (MRF) d'origine infectieuse pour tous les établissements de soins de santé de l'Ontario

REMARQUE : Le présent document REMPLACE les documents suivants :

Prévention des maladies respiratoires; Protection des patients et du personnel. Normes de surveillance et de lutte contre les infections en l'absence d'éclosion de maladies respiratoires fébriles (MRF) dans les hôpitaux de soins actifs. Décembre 2003.

Prévention des maladies respiratoires; Protection des patients et du personnel des établissements de soins non actifs. Normes de surveillance et de lutte contre les infections en l'absence d'éclosion de maladies respiratoires fébriles (MRF). Mars 2004.

Prévention des maladies respiratoires en milieu communautaire. Normes de surveillance et de lutte contre les infections en l'absence d'éclosion de maladies respiratoires fébriles (MRF). Mars 2004.

Norme applicable à tous les établissements et milieux de soins de santé de l'Ontario relativement aux interventions respiratoires à risque élevé en l'absence d'éclosion Avril 2004.

Le présent document a été élaboré par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), puis examiné et approuvé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le CCPMI a été établi en juin 2004 dans le but de conseiller le médecin hygiéniste en chef sur les questions touchant les maladies infectieuses. Le CCPMI tient à souligner l'apport et les compétences des sous-comités qui ont élaboré le présent document :

Sous-comité de prévention de lutte contre les infections

D^r Mary Vearncombe, présidente

Directrice médicale, Prévention et lutte contre les infections
Centre Sunnybrook des sciences de la santé et Women's College

D^r Maureen Cividino

Médecin du travail
Hôpital St-Joseph (Hamilton)

D^r Anne Matlow

Directrice, Prévention et lutte contre les infections
Hospital for Sick Children

Shirley McDonald

Praticienne de la lutte contre les infections
Hôpital général de Kingston

D^r Allison McGeer

Directrice, Lutte contre les infections
Hôpital Mount Sinai (Toronto)

Pat Piaskowski

Coordonnatrice de la lutte contre les infections
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay

Dr Virginia Roth

Directrice, Programme de prévention et de contrôle des infections
L'Hôpital d'Ottawa – Campus Général

Liz Van Horne

Spécialiste de la lutte contre les infections
Bureau de santé publique de Peel, Division des maladies transmissibles

D^r Doug Sider

Médecin-hygiéniste adjoint
Bureau de santé de la région de Niagara

D^r Dick Zoutman

Directeur, Service du contrôle des infections
Président, Division des services microbiologiques
Médecin traitant, Maladies infectieuses
Hôpital général de Kingston, Hôpital Hôtel Dieu, St. Mary's of the Lake Hospital et Centre des sciences de la santé du sud-est de l'Ontario

D^r Erika Bontovics

Membre d'office
Conseillère principale, Lutte contre les infections
Service de lutte contre les maladies

Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Sous-comité de surveillance

Sandra Callery, présidente

Directrice, Prévention et lutte contre les infections
Centre Sunnybrook des sciences de la santé et Women's College

D^r Michael Gardam

Directeur, Prévention et lutte contre les infections
Directeur médical, clinique de tuberculose – Réseau universitaire de santé

D^r Charles Gardner

Médecin hygiéniste et chef de la direction
Circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark

Brenda Guarda

Épidémiologiste, Unité de prévention et de contrôle des infections
Circonscription sanitaire du district du comté de Simcoe

D^r Ian Johnson

Chef, Lutte contre les maladies infectieuses
Bureau de santé publique de Toronto

Faron Kolbe

Chef, Lutte contre les maladies infectieuses et les infections
Bureau de santé publique de Toronto

D^r Chris O'Callaghan

Coordonnateur de projet, Groupe d'essais cliniques de l'INCC
Professeur adjoint, Département de santé communautaire et d'épidémiologie
Université Queen's

D^r David Williams

Médecin hygiéniste
Circonscription sanitaire du district de Thunder Bay (jusqu'en septembre 2005)

D^r Eng-Soon Chan, membre d'office

Conseiller médical principal, Service de lutte contre les maladies
Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Préambule..... | ii |
| À propos du présent document..... | ii |
| Comment et quand utiliser le présent document..... | ii |
| Hypothèses et principes généraux en matière de prévention et de lutte contre les infections..... | iv |
| Glossaire | vi |
| Résumé des pratiques exemplaires | ix |
| I. Justification d’une stratégie globale de prévention et de lutte contre les maladies respiratoires fébriles d’origine infectieuse..... | 1 |
| Risque de transmission des maladies respiratoires fébriles dans les établissements de soins de santé | 1 |
| Risque pour les patients, les résidents, les clients et le personnel | 1 |
| Répercussions des maladies respiratoires fébriles | 1 |
| Coûts sanitaires, sociaux et organisationnels | 2 |
| Responsabilité à l’égard de la surveillance, de la prévention et de la lutte contre les infections | 2 |
| II. Pratiques exemplaires de surveillance, de prévention et de lutte contre les maladies respiratoires fébriles d’origine infectieuse pour tous les établissements de soins de santé | 4 |
| 1. Vaccination antigrippale..... | 4 |
| 2. Dépistage et surveillance | 7 |
| Consignation et communication des activités de dépistage et de surveillance | 8 |
| 3. Mesures de prévention..... | 9 |
| Pour toute personne fréquentant un établissement de soins de santé | 10 |
| Patients présentant des symptômes..... | 11 |
| 4. Déclaration..... | 17 |
| Déclaration interne | 17 |
| Déclaration externe | 18 |
| 5. Évaluation..... | 19 |
| Annexe 1 : Exemple de formulaire de dépistage et de surveillance | 20 |
| Annexe 2 : Exemple d’affiche utilisée pour le dépistage passif des MRF..... | 21 |
| Annexe 3 : Outil de surveillance et de déclaration quotidiennes des MRF..... | 22 |
| Annexe 4 : Ressources en prévention et lutte contre les infections | 23 |

Préambule

À propos du présent document

Le présent document porte sur la lutte contre les maladies respiratoires transmises par gouttelettes
UNIQUEMENT.

Les maladies transmises par gouttelettes se transmettent lorsque des personnes toussent ou éternuent et que des gouttelettes de leurs sécrétions respiratoires entrent en contact direct avec les muqueuses de la bouche, du nez ou des yeux d'une autre personne. Puisque les micro-organismes présents dans les gouttelettes peuvent survivre sur d'autres surfaces, les maladies transmises par gouttelettes peuvent également se propager indirectement lorsque des personnes touchent à des mains, à des surfaces et à des objets contaminés.

En cas de maladie respiratoire transmise par voie aérienne soupçonnée ou confirmée, comme la tuberculose, consulter les documents suivants : Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 5^e éd. (Association pulmonaire du Canada, 2000) et Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé, 1999 (Relevé des maladies transmissibles au Canada 1999; 25 Suppl 4:1-142).

Le document Prévention des maladies respiratoires fébriles : Protection des patients et du personnel énonce les pratiques de prévention et de lutte contre les infections que l'on doit mettre en œuvre pour :

- *prévenir la transmission des maladies respiratoires fébriles (MRF) transmises par gouttelettes aux autres patients et aux fournisseurs des soins de santé;*
- *aider le système de soins de santé à détecter et à localiser rapidement les grappes et les épidémies d'infections respiratoires courantes;*
- *aider le système de soins de santé à détecter et à localiser les nouveaux micro-organismes ou les micro-organismes virulents qui causent les infections respiratoires.*

Le document tient compte de la meilleure opinion d'expert disponible à l'heure actuelle à l'égard de la prévention et de la lutte contre les maladies respiratoires fébriles transmises par gouttelettes. À mesure que de nouveaux renseignements seront accessibles, les recommandations formulées dans le présent document feront l'objet d'un examen et d'une mise à jour.

*Les renseignements contenus dans le présent document sont conformes aux recommandations de l'Agence de santé publique du Canada. Ils sont également conformes aux protocoles sur les maladies transmissibles élaborés conjointement par l'Ontario Hospital Association et l'Ontario Medical Association (OMA). Nous recommandons également aux médecins de consulter la publication de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario intitulée *Infection Control in the Physician's Office*, 2004.*

Comment et quand utiliser le présent document

Les pratiques exemplaires relatives aux maladies respiratoires fébriles énoncées dans le présent document devraient faire partie de la pratique COURANTE pour TOUS les soins prodigués aux patients dans tous les établissements où des soins de santé sont fournis. Elles devraient être intégrées aux programmes actuels de prévention et de lutte contre les infections pour les autres maladies, dans le cadre d'un effort global de maintien de normes acceptables de prévention et de lutte contre les infections à l'échelle des organismes.

En cas d'épidémie d'une maladie respiratoire fébrile, les établissements de soins de santé devraient communiquer avec leur bureau local de santé publique (voir la section 4 intitulée Déclaration) et suivre les procédures de gestion des épidémies appropriées (voir les directives du ministère de la Santé et des Soins de longue durée à l'égard des épidémies de maladies respiratoires).

Hypothèses et principes généraux en matière de prévention et de lutte contre les infections

Les pratiques exemplaires énoncées dans le présent document reposent sur l'hypothèse selon laquelle les établissements de soins de santé de l'Ontario se sont déjà dotés de systèmes fondamentaux de prévention et de lutte contre les infections. Dans le cas contraire, il sera difficile pour les établissements de soins de santé de mettre en œuvre les pratiques recommandées pour les maladies respiratoires fébriles. Ces établissements doivent travailler avec des organismes qui connaissent bien la prévention des infections et de lutte contre celles-ci, comme les centres hospitaliers universitaires régionaux, les réseaux régionaux, les bureaux de santé publique dotés de telles connaissances et compétences et les associations locales de prévention et de lutte contre les infections (p. ex., l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada), dans le but d'élaborer des programmes fondés sur des éléments probants. (Remarque : les exigences relatives à un programme global de prévention et de lutte contre les infections sont en cours d'élaboration; consulter également le chapitre portant sur la lutte contre les infections du document *Un plan d'action. Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario, avril 2004*. Pour obtenir la liste des ressources en matière de prévention et de lutte contre les infections, consulter l'annexe 4.)

Outre l'hypothèse générale énoncée ci-dessus à l'égard des mesures fondamentales de prévention et de lutte contre les infections, les pratiques exemplaires reposent sur les hypothèses et les principes suivants :

1. Les établissements de soins de santé mettent couramment en œuvre des pratiques exemplaires visant à prévenir et limiter la propagation des maladies infectieuses, y compris les *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé* (*Relevé des maladies transmissibles au Canada 1999;25 Suppl 4:1-142*) élaborées par Santé Canada.
2. Les établissements de soins de santé consacrent suffisamment de ressources à la prévention des infections et à la lutte contre celles-ci.
3. Les établissements de soins de santé offrent régulièrement de la formation (notamment de l'orientation et de la formation continue) et du soutien pour aider le personnel à mettre en œuvre uniformément les pratiques appropriées de prévention et de lutte contre les infections. Les programmes de sensibilisation efficaces mettent l'accent sur :
 - les risques associés aux maladies infectieuses (dont les MRF) et les avantages du dépistage et de la surveillance;
 - l'importance de l'immunisation contre les maladies infectieuses;
 - l'hygiène des mains (y compris l'utilisation de désinfectants à base d'alcool ou le lavage des mains);
 - les principes et les éléments des pratiques de base ainsi que les précautions supplémentaires axées sur la transmission;
 - l'évaluation du risque de transmission de l'infection et l'utilisation appropriée du matériel de protection individuelle, y compris son application, son retrait et son élimination sécuritaires;
 - le nettoyage ou la désinfection appropriés du matériel, des fournitures et des surfaces servant aux soins ou des articles utilisés dans l'environnement de soins (par exemple, les lits, les tables de lit, les sonnettes d'appel, les toilettes, les rideaux séparateurs);
 - les interventions considérées à risque élevé et les raisons pour lesquelles elles le sont;
 - la responsabilité de chaque membre du personnel de préserver la sécurité des résidents, des patients, de soi-même et de ses collègues;

- la collaboration entre les spécialistes de la santé et de la sécurité au travail et ceux de la prévention et de la lutte contre les infections.

Remarque : Les programmes de sensibilisation doivent être suffisamment souples pour répondre aux divers besoins de la multitude de fournisseurs de soins de santé et des autres membres du personnel qui travaillent dans les établissements de soins de santé. Le bureau local de santé publique peut constituer une ressource et peut contribuer à l'élaboration et à l'exécution d'un programme de sensibilisation à l'intention des milieux communautaires.

4. Tous les établissements de soins de santé encouragent la collaboration entre les spécialistes de la santé et de la sécurité au travail et ceux de la prévention et de la lutte contre les infections en ce qui a trait à la mise en œuvre et au maintien de normes appropriées de prévention et de lutte contre les infections qui protègent les travailleurs. Toutes les politiques et les mesures de protection concernant la prévention et la lutte contre les infections respectent la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, chap. 0.1 et les règlements pris en son application, ainsi que les autres exigences prévues par la loi.
5. Tous les établissements de soins de santé ont établi une communication avec leur bureau de santé publique local et ont continuellement accès à des conseils et à de l'orientation sur la prévention et la lutte contre les infections, dans le but de soutenir le personnel et de dissiper les incertitudes quant au niveau de précautions nécessaire dans une situation donnée (voir l'annexe 4).
6. Les établissements de soins de santé ont établi des procédures pour se tenir au courant de toutes les alertes médicales internationales, régionales et locales (p. ex., les pays ou les régions aux prises avec d'importantes maladies respiratoires; consulter les sites http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/index_f.html et http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/emu/emu_mn.html). En outre, ils communiquent rapidement les alertes médicales à tous les membres du personnel responsables du dépistage et de la surveillance et fournissent des mises à jour périodiques (p. ex., les taux de la maladie respiratoire fébrile faisant l'objet de l'alerte médicale, les taux de morbidité et de mortalité associés à ladite maladie respiratoire fébrile).
7. Les établissements de soins de santé rendent compte au personnel des répercussions de leurs efforts de surveillance (p. ex., les avantages du dépistage et de la surveillance et des mesures de prévention en milieu de travail en ce qui a trait à la sécurité des patients, aux maladies des patients et du personnel; les épidémies).
8. Les établissements de soins de santé entretiennent des relations de travail efficaces avec leur bureau de santé publique local. Ils maintiennent des lignes de communication claires, communiquent avec les services de santé publique pour obtenir des renseignements et des conseils au besoin et s'acquittent de leurs obligations (en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. 7) de déclarer les maladies à déclaration obligatoire et les maladies transmissibles. Le système de santé publique fournit périodiquement à tous les établissements de soins de santé des rapports sommaires sur les épidémies de maladies infectieuses, y compris les MRF, dans les établissements ou la collectivité.
9. Tous les établissements de soins de santé évaluent périodiquement l'efficacité de leurs programmes de sensibilisation en matière de prévention et de lutte contre les infections ainsi que leurs répercussions sur les pratiques et ils utilisent ces renseignements pour améliorer leurs programmes.
10. Tous les établissements de soins de santé se sont dotés d'un processus pour évaluer le matériel de protection individuelle afin de veiller à ce qu'il satisfasse aux normes de qualité le cas échéant.

Glossaire

Dépistage : Méthode normale de lutte contre certaines maladies contagieuses consistant à déployer des efforts minutieux pour identifier les personnes qui sont infectées ou qui peuvent l'être.

Épidémie : Augmentation du nombre d'infections, qui devient supérieur au nombre habituel pour l'établissement en question au cours d'une période déterminée.

Établissement de soins de santé : Lieu où des soins sont prodigués, y compris les établissements qui dispensent des soins d'urgence, les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée, les cliniques externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et les cabinets de professions paramédicales.

Fournisseur de soins primaires : Pour les besoins du présent document, on entend par fournisseur de soins primaires un professionnel des soins de santé dont les compétences, la formation et le champ de pratique lui permettent de diagnostiquer une maladie comme une MRF (p. ex., un médecin, une infirmière praticienne ou un infirmier praticien).

Grappe : Groupement de cas de maladie pendant une période donnée dans une région précise, laissant supposer l'existence d'une association possible entre les cas eu égard à la transmission.

Hygiène des mains : Lavage des mains avec du savon et de l'eau courante ou utilisation de désinfectants pour les mains à base d'alcool.

Induction de l'expectoration : L'induction de l'expectoration est utilisée pour recueillir les sécrétions respiratoires des patients souffrant de symptômes d'infection tuberculeuse active. En raison du risque d'exposition à l'infection tuberculeuse active durant cette intervention, les établissements de soins de santé doivent prendre les précautions appropriées contre la transmission *par voie aérienne*. Consulter les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 5^e édition (Association pulmonaire du Canada, 2000) et les *Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada* (*Relevé des maladies transmissibles au Canada* 1996; 22 Suppl 1:i-iv, 1-55).

Infection nosocomiale : Infection contractée dans un établissement de soins de santé.

Intervention respiratoire à risque élevé : Toute intervention pouvant produire des gouttelettes respiratoires ou des aérosols, y compris, mais sans s'y limiter, la thérapie par nébulisation, l'aspiration ouverte, l'intubation endotrachéale, la ventilation par masque et ballon, la ventilation non invasive (p. ex., ventilation spontanée en ventilation continue, BiPAP) et la ventilation par oscillation à haute fréquence. Ces interventions présentent un risque plus élevé de transmission au travailleur de la santé et aux autres personnes se trouvant à l'endroit où elles sont exécutées, mais ne présentent pas nécessairement un risque élevé pour les patients sur qui elles sont effectuées.

Maladie respiratoire fébrile (MRF) : MRF est un terme utilisé pour décrire un large éventail d'infections respiratoires transmises par gouttelettes, comme le rhume, la grippe, les affections pseudo-grippales et la pneumonie, dont les symptômes sont habituellement une fièvre supérieure à 38°C et une toux ou un essoufflement nouveau ou qui s'aggrave. Remarque : il se peut que les personnes âgées et les personnes immunodéprimées ne manifestent pas de réaction fébrile à une infection respiratoire.

Maladie transmise par gouttelettes : Maladie transmise lorsque des gouttelettes de sécrétions respiratoires entrent en contact direct avec les muqueuses de la bouche, du nez et probablement des yeux d'une autre personne. Les maladies transmises par gouttelettes peuvent également se propager *indirectement* lorsque les personnes entrent en contact avec des mains, des surfaces et des objets qui ont été contaminés avec des gouttelettes de sécrétions respiratoires et lorsqu'elles touchent à leurs propres muqueuses ou à leurs propres yeux et à ceux d'une autre personne.

Personnel : Toute personne qui exerce, à l'intérieur d'un établissement de soins de santé, des activités qui la mettront en contact avec les patients, notamment : tous les fournisseurs de soins de santé (p. ex., travailleurs affectés au service des urgences, médecins, infirmiers, professionnels paramédicaux, étudiants), les employés des services de soutien (p. ex., responsables de la tenue des locaux) et les bénévoles.

Pratiques de base : Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada utilisent cette expression pour décrire le système de pratiques de prévention et de lutte contre les infections recommandé au Canada afin de prévenir et limiter la transmission des micro-organismes dans les établissements de soins de santé. Ces pratiques, qui décrivent les stratégies de prévention et de lutte à utiliser auprès de tous les patients chaque fois qu'on leur prodigue des soins, comprennent entre autres :

- le lavage des mains avec un désinfectant à base d'alcool ou du savon et de l'eau avant et après tout contact direct avec un patient;
- l'utilisation d'autres mesures de précaution afin d'éviter que les travailleurs de la santé n'entrent en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments, de la peau non intacte ou des muqueuses d'un patient :
 - le port de gants est obligatoire lorsqu'il y a un risque que les mains entrent en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments, de la peau non intacte ou des muqueuses d'un patient; les gants devraient être utilisés à titre de mesure supplémentaire et non en remplacement de l'hygiène des mains;
 - le port de blouses est obligatoire s'il est possible que l'uniforme ou des vêtements soient contaminés;
 - le port de masques et d'accessoire de protection oculaire ou d'écrans protecteurs est obligatoire dans tous les cas où il faut protéger les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche dans le cadre d'interventions et d'activités liées aux soins du patient qui risquent de provoquer des éclaboussures ou la pulvérisation de sang, de liquides organiques, de sécrétions ou d'excréments.

On peut consulter la description complète des pratiques de base visant à prévenir la transmission des agents pathogènes nosocomiaux et à lutter contre leur transmission sur le site Web de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/dpg_f.html#infection).

Précautions contre les gouttelettes et les contacts : Précautions visant à prévenir et à limiter la propagation des maladies transmises par gouttelettes, notamment :

- le port d'un masque chirurgical couvrant le nez et la bouche du travailleur au moment de la prestation de soins directs à moins d'un mètre du patient;
- le port de lunettes de protection au moment de la prestation de soins directs à moins d'un mètre du patient;
- l'hygiène des mains (c'est-à-dire utiliser un désinfectant à base d'alcool ou se laver les mains avant de voir le patient, après avoir vu le patient, avant de se toucher le visage et après avoir enlevé et jeté le matériel de protection individuelle -- voir page 12 : Processus recommandé pour retirer le matériel de protection individuelle);
- l'utilisation de méthodes d'examen qui minimisent les contacts avec les gouttelettes (p. ex., s'asseoir à côté d'un patient qui tousse plutôt que devant lui lorsque l'on s'informe des antécédents médicaux ou que l'on effectue un examen);
- le port de gants appropriés lorsque le travailleur est susceptible d'être en contact avec des liquides organiques ou de toucher des surfaces contaminées;

- le port de blouses pendant les interventions et les activités liées aux soins du patient au cours desquelles les vêtements peuvent être contaminés;
- le nettoyage et la désinfection du matériel commun ou partagé après son utilisation.

Prévention et lutte contre les infections : Pratiques et méthodes fondées sur des éléments probants qui, lorsqu'elles sont appliquées uniformément dans les établissements de soins de santé, peuvent prévenir la transmission de micro-organismes aux travailleurs de la santé, aux autres patients et aux visiteurs ou réduire le risque de transmission.

Production d'aérosols : Processus de création de minuscules gouttelettes d'humidité qui peuvent transporter des micro-organismes. Ces gouttelettes peuvent être assez légères pour demeurer en suspension dans l'air pendant de courtes périodes de temps et permettre ainsi l'inhalation des micro-organismes.

Transmission par gouttelettes : Transmission assurée par de grosses gouttelettes dont le diamètre est égal ou supérieur à cinq microns. Exemples d'organismes transmis par gouttelettes : virus de la grippe, virus de la rubéole, *Bordetella pertussis* et virus des voies respiratoires (p. ex., adénovirus, virus parainfluenza, rhinovirus, virus respiratoire syncytial).

Surveillance : Collecte, rassemblement et analyse systématiques continus des données et communication rapide des renseignements aux personnes qui ont besoin de les connaître afin que des mesures puissent être prises.

Résumé des pratiques exemplaires (voir le texte intégral pour la justification)

1. Vaccination contre la grippe

- 1.1 *Il est fortement recommandé à tous les membres du personnel, tout particulièrement ceux qui ont des contacts avec les personnes appartenant aux groupes à risque élevé, de se faire vacciner contre la grippe chaque année. Il s'agit notamment des médecins, des infirmiers et des autres employés travaillant dans les hôpitaux et les établissements de soins externes, les intervenants d'urgence, les employés des établissements de soins de longue durée qui ont des contacts avec les résidents, ainsi que les fournisseurs de soins à domicile, les infirmiers visiteurs ou les bénévoles.¹*
- 1.2 *La vaccination contre la grippe devrait être offerte au travail.*
- 1.3 *Le personnel prenant part à des soins directs aux patients, aux résidents et aux clients devrait considérer qu'il lui incombe de prodiguer des soins de la plus grande qualité, ce qui comprend la réception d'un vaccin antigrippal chaque année. En l'absence de contre-indications au vaccin, le refus de se faire vacciner contre la grippe constitue un manquement à l'obligation de diligence du personnel envers les patients.²*
- 1.4 *Tous les établissements de soins de santé devraient adopter des politiques de vaccination du personnel, qui doivent être conformes au document *Influenza Surveillance Protocol for Ontario Hospitals* élaboré conjointement par l'Ontario Hospital Association et l'Ontario Medical Association. Ces politiques devraient établir la vaccination antigrippale annuelle en tant que norme de soins et énoncer les mesures à prendre pour protéger les patients et le personnel (p. ex., rappeler au personnel l'importance de se faire vacciner chaque année, consigner l'état vaccinal de chaque personne, exclure du lieu de travail le personnel non vacciné pendant les épidémies).*
- 1.5 *En Ontario, la vaccination annuelle contre la grippe est recommandée et offerte à tout le monde à moins de contre-indication médicale. Elle se révèle tout particulièrement importante pour les personnes qui présentent un risque élevé de complications liées à la grippe, selon la définition du Comité consultatif national de l'immunisation, et pour quiconque peut transmettre la grippe à ces personnes, y compris les fournisseurs de soins de santé.*

2. Dépistage et surveillance

- 2.1 *Tous les établissements de soins de santé devraient s'assurer de pouvoir recenser les cas de MRF et détecter les grappes ou les épidémies de MRF.*
- 2.2 *Tous les patients, les résidents et les clients qui se présentent à un établissement de soins de santé devraient faire l'objet d'une évaluation relative aux symptômes des MRF au moyen du protocole de dépistage et de surveillance des maladies respiratoires fébriles (voir page 9).*

¹ Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2005-2006*, Une déclaration d'un comité consultatif, *Relevé des maladies transmissibles au Canada 2005*; 31(DCC-6):1-30.

² *Ibid.*

-
- 2.3 *Le dépistage et la surveillance peuvent être effectués selon une démarche active, passive ou combinée.*
- 2.4 *Les patients et les clients qui reçoivent des soins à domicile devraient faire l'objet d'une évaluation relative aux symptômes des MRF au moyen du protocole de dépistage et de surveillance des maladies respiratoires fébriles.*
- 2.5 *L'établissement de soins de santé veillera à ce que tous les membres du personnel qui ont des contacts avec un patient souffrant de symptômes de MRF sachent qu'ils doivent entreprendre et maintenir des mesures de prévention. (Voir la section 3 ci-dessous.)*
- 2.6 *Une fois que la nécessité de mettre en oeuvre des mesures de prévention a été établie, on doit en informer toutes les unités recevant des patients et tous les services de diagnostic.*

3. Mesures de prévention

- 3.1 *Les établissements de soins de santé et leur personnel devraient insister auprès des membres du personnel, des patients, des résidents, des clients et des visiteurs sur l'importance des mesures personnelles qui aident à prévenir la propagation des MFR.*
- 3.2 *Tous les établissements de soins de santé doivent installer des postes d'hygiène des mains accessibles situés à des endroits appropriés, ainsi que des affiches indiquant à tous les patients, résidents, visiteurs et bénévoles comment pratiquer l'hygiène des mains.*
- 3.3 *Tous les établissements de soins de santé devraient expliquer clairement que le personnel ne devrait pas se présenter au travail lorsqu'il est atteint d'une MRF et étayer cette exigence avec des politiques de gestion des présences appropriées.*
- 3.4 *On devrait demander aux patients souffrant de symptômes de MRF (c'est-à-dire, fièvre, toux) qui se présentent à un établissement de soins de santé pour y recevoir des soins de pratiquer l'hygiène des mains, de porter un masque chirurgical et d'attendre dans un endroit distinct ou de se tenir à une distance d'un mètre des autres patients et du personnel.*
- 3.5 *Les patients qui présentent des symptômes de MRF ET qui ont voyagé dans une région où une alerte médicale a été lancée devraient être immédiatement retirés de la salle d'attente et placés dans une salle distincte.*
- 3.6 *Dans la mesure du possible, les patients présentant des symptômes de MRF qui sont hospitalisés devraient être placés dans une chambre individuelle. Dans le cas des résidents bénéficiaires de soins de longue durée qui ne sont pas logés dans une chambre individuelle, il faut prendre des précautions contre les gouttelettes et les contacts et tirer les rideaux séparateurs.*
- 3.7 *Les fournisseurs de soins de santé qui se trouvent à moins d'un mètre de patients souffrant de symptômes de MRF devraient toujours prendre des précautions contre les gouttelettes et les contacts :*
- *porter un masque chirurgical de bonne qualité couvrant le nez et la bouche au moment de la prestation de soins directs à moins d'un mètre du patient;*

-
- *utiliser des lunettes de protection au moment de la prestation de soins directs à moins d'un mètre du patient;*
 - *pratiquer l'hygiène des mains (c'est-à-dire utiliser un désinfectant à base d'alcool ou se laver les mains avant de voir le patient, après avoir vu le patient, avant de se toucher le visage et après avoir enlevé et jeté le matériel de protection individuelle);*
 - *utiliser des méthodes d'examen qui minimisent les contacts avec les gouttelettes (p. ex., s'asseoir à côté d'un patient qui tousse plutôt que devant lui lorsque l'on s'informe des antécédents médicaux ou que l'on effectue un examen);*
 - *porter des gants appropriés lorsque le travailleur est susceptible d'entrer en contact avec des liquides organiques ou de toucher des surfaces contaminées;*
 - *porter des blouses pendant les interventions et les activités liées aux soins du patient au cours desquelles les vêtements peuvent être contaminés;*
 - *nettoyer et désinfecter le matériel commun ou partagé après son utilisation.*
- 3.8 *Les interventions à risque élevé devraient être exécutées par du personnel chevronné dans une chambre individuelle dont la porte est fermée.*
- 3.9 *Le nombre de personnes présentes dans la pièce durant une intervention à risque élevé devrait être tenu au minimum.*
- 3.10 *Toutes les personnes présentes dans la pièce durant une intervention à risque élevé (y compris les membres de la famille qui s'y trouvent pour des motifs de compassion) doivent porter du matériel de protection individuelle approprié et recevoir des directives quant à son utilisation.*
- 3.11 *Lorsque des interventions à risque élevé sont exécutées, il faut avoir recours à du matériel et à des techniques qui minimisent l'exposition aux pathogènes respiratoires.*
- 3.12 *Dans la mesure du possible, le personnel devrait éviter la ventilation non invasive (p. ex., ventilation spontanée en pression continue, BiPAP) pour les patients atteints de MRF parce que leurs sécrétions peuvent contaminer le matériel respiratoire et être évacuées dans l'environnement. Les sécrétions peuvent être propulsées à plus d'un mètre de distance.*
- 3.13 *L'induction de l'expectoration, qui est utilisée pour recueillir les sécrétions respiratoires des patients souffrant de symptômes de tuberculose, nécessite des précautions contre la transmission par voie aérienne en raison du risque d'exposition à la tuberculose et doit être effectuée dans une chambre en pression négative.*
- 3.14 *Le personnel soignant les patients atteints de MRF avec un respirateur mécanique en système fermé peut adopter les pratiques de base. Si l'intégrité du système est compromise (p. ex., aspiration ouverte, changement de filtre), le personnel présent dans la pièce doit prendre des précautions contre les gouttelettes et les contacts.*
- 3.15 *Les établissements de soins de santé doivent s'assurer que le personnel a rapidement et facilement accès au matériel de protection individuelle dont il a besoin.*
-

- 3.16 *Dans tous les établissements où des soins sont dispensés, le personnel devrait suivre les méthodes de gestion et d'élimination du matériel qui sont conformes aux lignes directrices de l'Agence de santé publique du Canada (voir l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98pdf/cdr24s8f.pdf>).*
- 3.17 *Tous les établissements de soins de santé devraient maintenir des pratiques de nettoyage courantes, consistant notamment à garder l'environnement de travail propre et à désinfecter les endroits qui peuvent avoir été contaminés après chaque visite de patient.*
- 3.18 *Toutes les surfaces et tout le matériel contaminés devraient être nettoyés après une intervention à risque élevé.*
- 3.19 *On peut cesser de prendre les précautions contre les gouttelettes et les contacts lorsqu'un patient répond à l'un des critères suivants :*
- *un diagnostic étiologique qui ne nécessite pas de précautions contre les gouttelettes et les contacts;*
 - *une amélioration clinique sur un traitement empirique;*
 - *un autre diagnostic (c'est-à-dire patient non infectieux).*

4. Déclaration

- 4.1 *Les établissements de soins de santé devraient avoir établi des méthodes pour aviser le service de prévention et de lutte contre les infections de ce qui suit :*
- *la présence des patients ou des résidents qui sont admis avec une MRF ou qui contractent une MRF, de sorte qu'il puisse surveiller la situation;*
 - *les grappes de MRF au sein du personnel ou des patients. (Afin de protéger le droit des employés à la confidentialité, les services de santé au travail déclareront les grappes d'employés de façon non nominative au service de prévention et de lutte contre les infections.)*
- 4.2 *Les travailleurs de la santé qui manifestent des symptômes de MRF devraient signaler leur état aux services de santé au travail ou à la personne déléguée.*
- 4.3 *Le service de prévention et de lutte contre les infections alertera les services de santé au travail en ce qui concerne les grappes de MRF chez les patients de sorte qu'ils puissent surveiller le personnel. Les services de santé au travail alerteront (de façon non nominative) le service de prévention et de lutte contre les infections au sujet des grappes de MRF au sein du personnel.*
- 4.4 *Les employeurs sont tenus de déclarer au Comité conjoint de la sécurité et de la santé au travail ou à la personne déléguée toute infection acquise en milieu de travail.*
- 4.5 *Les administrateurs d'établissements de soins de santé, les laboratoires et les médecins communautaires et traitants devraient faire une déclaration au médecin hygiéniste local dans les situations suivantes :*
- *si un patient a une nouvelle toux, souffre de fièvre ET a voyagé dans un pays où une alerte médicale a été lancée OU a été en contact avec une personne ayant voyagé dans un pays où une*

alerte médicale a été lancée (c'est-à-dire qu'il répond oui à toutes les questions³ du protocole de dépistage et de surveillance); remarque : il n'est pas nécessaire d'obtenir une confirmation en laboratoire avant de faire une déclaration.

Ils sont tenus par la loi de faire une déclaration au médecin hygiéniste local dans les situations suivantes :

- *l'étiologie d'une maladie respiratoire fébrile est une maladie à déclaration obligatoire;*
 - *il existe une épidémie ou une grappe de MRF dans un établissement de soins de santé.*
- 4.6 *Si un fournisseur de soins de santé contracte une infection acquise en milieu de travail, le cas doit être déclaré au ministère du Travail conformément aux lois sur la santé et la sécurité au travail.*
- 4.7 *Si un fournisseur de soins de santé contracte une infection acquise en milieu de travail, le cas doit être déclaré à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) dans les 72 heures.*
- 4.8 *Toutes les méthodes de déclaration externe doivent respecter les lois pertinentes, y compris la Loi de 1990 sur la protection et la promotion de la santé, la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, la Loi de 1990 sur la santé et la sécurité au travail et la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.*

5. Évaluation

- 5.1 *La conformité aux exigences en matière de vaccination antigrippale, de dépistage et de surveillance, de mesures de prévention et de déclaration devrait être évaluée périodiquement au moyen d'un processus de vérification mesurable, dans le cadre d'un programme d'amélioration continue de la qualité.*

³ REMARQUE : Il se peut que les personnes âgées et les personnes immunodéprimées ne manifestent pas de réaction fébrile à une maladie respiratoire; c'est pourquoi la présence d'une toux ou d'un essoufflement chez ces patients et le fait qu'ils aient voyagé dans un pays où une alerte médicale a été lancée devraient donner lieu à une déclaration aux services de santé publique.

I. justification d'une stratégie globale de prévention et de lutte contre les maladies respiratoires fébriles d'origine infectieuse

Risque de transmission des maladies respiratoires fébriles dans les établissements de soins de santé

Dans tous les établissements de soins de santé, il existe un risque important de transmission des maladies respiratoires fébriles aux patients et au personnel, en raison des facteurs suivants :

- le grand nombre de personnes (p. ex., patients, membres de la famille, bénévoles, visiteurs, travailleurs) qui circulent dans ces établissements;
- la facilité avec laquelle les maladies respiratoires fébriles transmises par gouttelettes peuvent se propager d'une personne à une autre;⁴
- le fait que de nombreux patients soient atteints d'autres maladies qui affaiblissent leur système immunitaire, les rendant plus susceptibles de souffrir de complications découlant d'infections respiratoires;
- le grand nombre de personnes qui demandent des soins relativement à une maladie respiratoire fébrile ou qui en contractent une dans ces établissements.

Risque pour les patients, les résidents, les clients et le personnel

Le risque pour les patients, les résidents et les clients est plus élevé dans les établissements institutionnels, tout particulièrement :

- dans les maisons de soins de longue durée, qui constituent des collectivités fermées où vivent pendant de longues périodes de nombreux résidents âgés et fragiles qui souffrent de maladies chroniques;
- dans les hôpitaux de soins actifs où se trouvent de nombreux patients à risque élevé.

Le risque pour le personnel est plus élevé dans les établissements où :

- les gens se présentent en premier avec leurs symptômes (p. ex., cabinets médicaux, centres et cliniques de santé communautaires, services des urgences);
- le personnel exécute des interventions à risque élevé pouvant créer des pulvérisations et des éclaboussures (p. ex., thérapies avec aérosol de nébulisation, humidification par aérosol, aspiration).

Le risque pour le personnel de contracter une maladie respiratoire fébrile en milieu de travail ne devrait pas être sous-estimé.

Aux fins du présent document, « personnel » s'entend de toute personne qui exerce, à l'intérieur d'un établissement de soins de santé, des activités qui la mettront en contact avec les patients, notamment : tous les fournisseurs de soins de santé (p. ex., travailleurs affectés au service des urgences, médecins, infirmiers, professionnels paramédicaux, étudiants), les employés des services de soutien (p. ex., responsables de la tenue des locaux) et les bénévoles.

Répercussions des maladies respiratoires fébriles

Les maladies respiratoires infectieuses, comme le rhume, la grippe et la pneumonie, constituent une cause majeure de maladies, d'absentéisme, de perte de productivité et de décès. Au Canada, la grippe et la

⁴ Musher DM, *How Contagious are Common Respiratory Tract Infections?*, *NEJM.*, 2003; 348(13):1256-1266.

pneumonie extrahospitalière entraînent 60 000 hospitalisations et 8 000 décès par année et constituent la principale cause de décès par suite d'une maladie infectieuse.⁵

Coûts sanitaires, sociaux et organisationnels

Les maladies respiratoires fébriles ne sont pas seulement coûteuses en terme de santé et de vies : elles ont d'importantes répercussions économiques et sociales. Les maladies respiratoires (infectieuses et non infectieuses) représentent près de quatre milliards de dollars par année (dollars de 1993) en dépenses de soins de santé directs, comme les hospitalisations, les visites chez le médecin et les médicaments.⁶

L'Ontario a vécu directement les répercussions économiques à grande échelle d'une nouvelle maladie respiratoire fébrile, le SRAS, qui a eu des effets dévastateurs sur les voyages, le tourisme, les affaires et la prestation de soins de santé.

Les maladies respiratoires fébriles coûtent également cher pour les agences et les organismes de santé. Les épidémies peuvent faire fermer les hôpitaux ou les maisons de soins de longue durée et menacer la sécurité des patients. Elles détournent des ressources d'autres services et ont une incidence négative sur la confiance du public. Les maladies respiratoires fébriles sont également la cause d'un nombre important de congés de maladie au sein du personnel, ce qui fait augmenter les coûts d'exploitation.

Lorsque les maladies respiratoires fébriles ne sont pas rapidement détectées et efficacement gérées, elles créent des problèmes de gestion des risques. Il incombe aux établissements de soins de santé d'assurer la sécurité des patients et de protéger les patients, le personnel et les visiteurs contre l'exposition aux maladies. S'ils ne s'acquittent pas de cette responsabilité (p. ex., si une épidémie survient par suite d'un manque de mesures efficaces de prévention et de lutte contre les infections), ils pourraient exposer ces personnes à des risques.

La récente émergence de maladies respiratoires virulentes, comme la grippe aviaire et le SRAS, et les prédictions d'une autre pandémie de grippe par les experts⁷ ont souligné les risques sanitaires, sociaux et économiques associés à ces maladies, ainsi que la nécessité d'élaborer une démarche plus solide et plus uniforme à l'égard de la surveillance, ainsi que de la prévention et de la lutte contre les infections dans l'ensemble du système de soins de santé.

Responsabilité à l'égard de la surveillance, de la prévention et de la lutte contre les infections

L'observation assidue d'une pratique courante de prévention et de lutte contre les infections est essentielle pour protéger les patients, le personnel et le public contre les infections respiratoires qu'ils pourraient contracter dans les établissements de soins de santé. Les constatations préliminaires tirées d'une étude documentaire systématique confirment les avantages de la surveillance et des précautions contre les gouttelettes et les contacts dans la localisation et la prévention de la transmission des maladies respiratoires fébriles. Par exemple, deux études, une réalisée à Hong Kong et l'autre en Ontario, ont révélé que la mise en œuvre de précautions très rigoureuses pour la prévention et la lutte contre les

⁵ Comité de rédaction Les maladies respiratoires au Canada, *Les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2001.

⁶ Comité de rédaction Les maladies respiratoires au Canada, *Les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2001.

⁷ Organisation mondiale de la santé, *Grippe aviaire : évaluation du risque de pandémie*, Genève, 2005.

infections a contribué à empêcher la propagation nosocomiale du SRAS dans un hôpital pédiatrique⁸ et à prévenir d'autres infections chez les travailleurs de la santé.⁹

En 2004, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a émis des normes de lutte contre les infections et de surveillance pour les maladies respiratoires fébriles dans les établissements de soins actifs, dans les établissements de soins non actifs et dans la collectivité. En 2005, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis à jour le règlement 569 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, qui énonce clairement le type de renseignements que les hôpitaux et les autres établissements de soins de santé sont tenus de déclarer en ce qui a trait aux épidémies d'infections respiratoires. Tous les établissements de soins de santé et les membres de leur personnel devraient adopter et maintenir des pratiques appropriées de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections en vue de protéger la population à la fois contre les maladies respiratoires courantes et les nouvelles maladies respiratoires. Ces pratiques devraient être aussi courantes que les autres mesures de santé et de sécurité mises en place dans le milieu de travail.

⁸ Leung TF, PC Ng, FW Cheng, DJ Lyon, KW So, EK Hon, AM Li, CK Li, GW Wong, EA Nelson, J Hui, RY Sung, MC Yam et TF Fok, *Infection control for SARS in a tertiary paediatric centre in Hong Kong*, *J Hosp Infect* 2004; 56(3):215-22.

⁹ Dwosh HA, HH Hong, D Austgarden, S Herman et R Schabas, *Identification and containment of an outbreak of SARS in a community hospital*, *CMAJ* 2003; 168(11): 1415-20.

II. Pratiques exemplaires de surveillance, de prévention et de lutte contre les maladies respiratoires fébriles d'origine infectieuse pour tous les établissements de soins de santé

Stratégie

Les pratiques exemplaires de surveillance, de prévention et de lutte contre les maladies respiratoires fébriles d'origine infectieuse comprennent :

1. la vaccination antigrippale;
2. le dépistage et la surveillance;
3. les mesures de prévention;
4. la déclaration;
5. l'évaluation

1. Vaccination antigrippale

L'immunisation contre les maladies pouvant être prévenues par la vaccination fait partie intégrante de tout programme de santé et de sécurité au travail. Elle permet de mieux protéger la santé du personnel ainsi que celle des patients, des résidents et des clients. Il a été démontré que la vaccination antigrippale des travailleurs de la santé réduisait la mortalité et la morbidité chez les patients sous leur garde et l'absentéisme chez les travailleurs pendant la saison grippale.¹⁰

La vaccination est la première ligne de défense contre la propagation de la grippe. Elle est gratuite en Ontario et peut réduire de façon considérable l'incidence et la prévalence de la grippe si elle est administrée à un pourcentage important de la population.¹¹ Des études ont révélé que la vaccination antigrippale :

- permet de prévenir la grippe confirmée en laboratoire chez environ 70 % ou plus des personnes en bonne santé;
- permet de prévenir au moins 70 % des hospitalisations dues à la pneumonie et à la grippe chez les personnes âgées vivant dans la collectivité;
- permet de prévenir de 50 à 60 % des hospitalisations et jusqu'à 85 % des décès chez les personnes âgées vivant en maison de soins de longue durée.¹²

On a démontré que la vaccination des travailleurs de la santé réduit la mortalité, les affections pseudo-grippales et les cas de grippe confirmés par sérologie chez l'ensemble des patients.¹³ Deux études confirment que les campagnes de vaccination à grande échelle des travailleurs de la santé sont associées à

¹⁰ Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2005-2006. Une déclaration d'un comité consultatif », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 31(DCC-6), p. 1-30 (2005).

¹¹ Langley, J. M. et M. E. Faughnan, « Prevention of influenza in the general population », *CMAJ*, vol. 171, n° 10, p. 1213-1222 (2004).

¹² Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2005-2006. Une déclaration d'un comité consultatif », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2005, vol. 31(DCC-6), p. 1-30.

¹³ *Ibid.*

une réduction des infections nosocomiales et notamment du taux de mortalité chez les résidents de maisons de soins de longue durée,^{14 15}

1.1 Il est fortement recommandé à tous les membres du personnel¹⁶, tout particulièrement ceux qui ont des contacts avec les personnes appartenant aux groupes à risque élevé de se faire vacciner contre la grippe. Il s'agit notamment des médecins, des infirmières et des autres employés travaillant dans les hôpitaux et les établissements de soins externes, les intervenants d'urgence, les employés des établissements de soins de longue durée qui ont des contacts avec les résidents, ainsi que les fournisseurs de soins à domicile, les infirmiers visiteurs et les bénévoles.¹⁷

La vaccination antigrippale du personnel prodiguant des soins directs à des patients, à des résidents ou à des clients constitue une norme de soins. En 2003-2004, les taux de vaccination antigrippale du personnel ontarien œuvrant dans des établissements de soins de santé variaient considérablement : en moyenne, 88 % du personnel des maisons de soins de longue durée,¹⁸ 46 % des intervenants d'urgence¹⁹ et 36 % du personnel d'établissements de soins actifs avaient reçu le vaccin. Les établissements de soins de santé, les services de santé au travail et les professionnels devraient unir leurs efforts pour améliorer le taux de vaccination du personnel.

1.2 La vaccination contre la grippe devrait être offerte au travail.

Afin d'aider autant que possible le personnel à se conformer aux politiques en matière de vaccination antigrippale, les établissements de soins de santé auraient avantage à mettre des cliniques de vaccination à leur disposition sur leur lieu de travail.²⁰

1.3 Le personnel prenant part à des soins directs aux patients, aux résidents et aux clients devrait considérer qu'il lui incombe de prodiguer des soins de la plus grande qualité, ce qui comprend la réception d'un vaccin antigrippal chaque année. En l'absence de contre-indications, le refus de se

¹⁴ Potter, J. D. J. Stott, M. A. Robert, A.G. Elder, B. O'Donnell, P.V. Knight P. V. et W. F. Carman, « Influenza vaccination of health care workers in long-term care hospitals reduces the mortality of elderly patients », *J Infect Dis.*, vol. 175, n° 1, p. 1-6 (1997).

¹⁵ Carman, W. F. A. G. Elder, L. A. Wallace, K. McAulay, A. Walker, G. D. Murray et D. J. Stott, « Effects of influenza vaccination of health care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomized controlled trial », *Lancet*, vol. 355, n° 9198, p. 93-97 (2000).

¹⁶ Ontario Hospital Association & Ontario Medical Association Joint Committee on Communicable Disease Surveillance Protocols, éd. rev., Toronto (Ontario) Ontario Hospital Association, 2004. www.oha.com. *Influenza surveillance protocol for Ontario hospitals*,

¹⁷ Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2005-2006. Une déclaration d'un comité consultatif », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 31(DCC-6), p. 1-30 (2005).

¹⁸ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Division de la santé publique. Atelier sur la grippe. Mai 2004. Notes sommaires d'une présentation donnée par le Dr Sheela Basrur, médecin hygiéniste en chef, Ontario.

¹⁹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Division de la santé publique. Atelier sur la grippe. Mai 2004. Notes sommaires d'une présentation donnée par Dennis Brown, chef du Programme d'ambulances terrestres, Direction des services de santé d'urgence, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

²⁰ Ontario Hospital Association & Ontario Medical Association Joint Committee on Communicable Disease Surveillance Protocols, *Influenza surveillance protocol for Ontario hospitals*, éd. rev., Toronto (Ontario) Ontario Hospital Association, 2004. www.oha.com.

faire vacciner contre la grippe constitue un manquement à l'obligation de diligence du personnel envers les patients.²¹

On entend par contre-indications toute réaction anaphylactique à une dose antérieure ou à un composant du vaccin ou toute hypersensibilité anaphylactique connue aux oeufs, qui se manifeste par des démangeaisons, une enflure de la bouche et de la gorge, de la difficulté à respirer, de l'hypotension et l'état de choc. Par contre, la grossesse ou l'allaitement *ne sont pas* considérés comme des contre-indications à la vaccination antigrippale.

- 1.4** *Tous les établissements de soins de santé devraient adopter des politiques de vaccination du personnel, qui doivent être conforme au document Influenza Surveillance Protocol for Ontario Hospitals²² élaboré conjointement par l'Ontario Hospital Associations et l'Ontario Medical Association. Ces politiques devraient établir la vaccination antigrippale annuelle en tant que norme de soins et énoncer les mesures à prendre pour protéger les patients et le personnel (p. ex., rappeler au personnel l'importance de se faire vacciner chaque année, consigner l'état vaccinal de chaque personne, exclure du lieu de travail le personnel non vacciné pendant les épidémies).*

Pendant une épidémie de grippe, les taux d'infection clinique varient de 10 % à 20 % dans la population en général et dépassent les 50 % dans les populations fermées, comme les patients et les résidents d'hôpitaux ou de maisons de soins de longue durée. Afin de protéger les patients vulnérables durant une épidémie, il est indispensable d'interdire à tout le personnel atteint d'une grippe soupçonnée ou confirmée ou qui n'a pas été vacciné et ne prend pas de prophylaxie antivirale de dispenser des soins directs aux patients.²³ *La prophylaxie antivirale ne remplace pas la vaccination antigrippale annuelle.* La vaccination est le premier outil de prévention contre la propagation de la grippe.

- 1.5** *En Ontario, la vaccination annuelle contre la grippe est recommandée et offerte à tout le monde, à moins de contre-indication médicale. Elle se révèle tout particulièrement importante pour les personnes qui présentent un risque élevé de complications liées à la grippe, selon la définition du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), et pour quiconque peut transmettre la grippe à ces personnes, y compris les fournisseurs de soins de santé.*

Un grand nombre de personnes présentant un risque élevé de complications liées à la grippe (p. ex., les adultes et les enfants atteints d'affections chroniques, les personnes âgées de plus de 65 ans et les résidents de maisons de soins de longue durée) reçoivent des soins dans des établissements de soins de santé ontariens, ce qui signifie que les fournisseurs de soins sont susceptibles de leur transmettre la grippe. Pour cette raison, il est tout particulièrement important que ces derniers soient immunisés.

²¹ Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2005-2006. Une déclaration d'un comité consultatif », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 31(DCC-6), p. 1-30 (2005).

²² Influenza surveillance protocol for Ontario hospitals, éd. rev., Toronto, Ontario, Ontario Hospital Association, 2004. www.oha.com. Ontario Hospital Association & Ontario Medical Association Joint Committee on Communicable Disease Surveillance Protocols, -

²³ Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2005-2006. Une déclaration d'un comité consultatif », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 31(DCC-6), p. 1-30 (2005).

2. Dépistage et surveillance

Le dépistage et la surveillance visent à aider les établissements de soins de santé à identifier les personnes atteintes d'une MRF et susceptibles de faire courir un risque aux résidents, aux patients, aux clients ou au personnel.

- 2.1 *Tous les établissements de soins de santé devraient s'assurer de pouvoir recenser les cas de MRF et de détecter les grappes ou les épidémies de MRF.*
- 2.2 *Tous les patients, les résidents et les clients qui se présentent à un établissement de soins de santé devraient faire l'objet d'une évaluation relative aux symptômes des MRF au moyen du Protocole de dépistage et de surveillance des maladies respiratoires fébriles (voir page 9).*
- 2.3 *Le dépistage et la surveillance peuvent être effectués selon une démarche active, passive ou combinée.*

Dans le cadre de la démarche *active de dépistage et de surveillance*, une réceptionniste ou un fournisseur de soins de santé demande aux patients, aux résidents ou aux clients s'ils ont des symptômes de la maladie. Durant l'entretien initial, la réceptionniste ou le fournisseur devrait se tenir à au moins un mètre de distance du patient, du résident ou du client ou se protéger au moyen d'une barrière en verre ou en plexiglas.

Dans le cadre de la démarche *passive de dépistage et de surveillance*, on demande aux patients, aux résidents ou aux clients de s'auto-évaluer et de s'auto-identifier en suivant les consignes indiquées sur des affiches (voir l'annexe 2 pour un exemple d'affiche).

On encourage les établissements de soins de santé à adopter une démarche active de dépistage et de surveillance.

Certains établissements adoptent à la fois la démarche active et la démarche passive : ils installent des affiches conseillant aux patients qui présentent des symptômes de prendre certaines précautions et chargent une réceptionniste ou un fournisseur de soins de santé de poser certaines questions afin de confirmer que les patients ont bien lu et compris les affiches. Ces questions sont tout particulièrement importantes lorsque l'âge, la langue ou une invalidité pourrait empêcher les patients de lire une affiche et de suivre les directives.

La décision prise par un établissement de soins de santé quant à la démarche à adopter dépendra de l'aménagement du bureau ou de la clinique, du type de soins dispensés et des risques de transmission (p. ex., un établissement où les contacts avec les patients ont très rarement lieu en face à face peut décider d'utiliser une démarche passive de dépistage et de surveillance). Certains établissements choisiront d'adopter une telle démarche lorsqu'il n'y a pas d'alerte médicale à l'échelle mondiale ni d'activité grippale au sein de la collectivité et de privilégier une démarche plus active lorsque que le nombre de cas de MRF augmente.

- 2.4 *Les patients et les clients qui reçoivent des soins à leur domicile devraient faire l'objet d'une évaluation relative aux symptômes des MRF au moyen du protocole de dépistage et de surveillance des maladies respiratoires fébriles.*

Le dépistage et la surveillance chez les personnes recevant des soins à domicile devraient s'effectuer de façon suivie à l'aide d'un certain nombre de méthodes. Par exemple :

- lorsqu'un patient nécessitant des précautions accrues en matière de prévention et de lutte contre les infections reçoit son congé de l'hôpital, ce dernier devrait veiller à ce que ce renseignement

soit transmis à l'organisme fournissant des soins à domicile et demander au patient ou à un membre de sa famille d'en informer le fournisseur de soins à domicile;

- l'organisme chargé des soins devrait téléphoner à tout nouveau client dans un délai de 24 heures de la première visite pour lui demander s'il présente des symptômes et lui demander d'aviser le personnel de soins à domicile si des symptômes respiratoires apparaissent. Si, pour une raison ou une autre, l'organisme ne peut joindre un client par téléphone, le travailleur devrait alors lui poser ces questions avant de lui offrir ses services;
- Au cours des visites ultérieures, on pourra demander au client (ou à un membre de sa famille) de s'auto-évaluer afin de détecter des symptômes de la fièvre ou de la toux et d'aviser le personnel de soins à domicile lorsque celui-ci se présente au domicile, ou encore, le personnel peut commencer chaque visite en demandant au client s'il présente ces symptômes.

Le type de démarche adopté par un organisme dépendra de l'ancienneté du client (patient nouveau ou de longue date) et de sa capacité (ou de celle de sa famille) de s'auto-évaluer. Lorsqu'un client bénéficiaire de soins à domicile présente les symptômes d'une maladie respiratoire fébrile, le personnel doit utiliser des mesures de prévention appropriées, y compris des précautions contre la transmission par gouttelettes ou par contact (voir la section 3. Mesures de prévention).

Consignation et communication des activités de dépistage et de surveillance

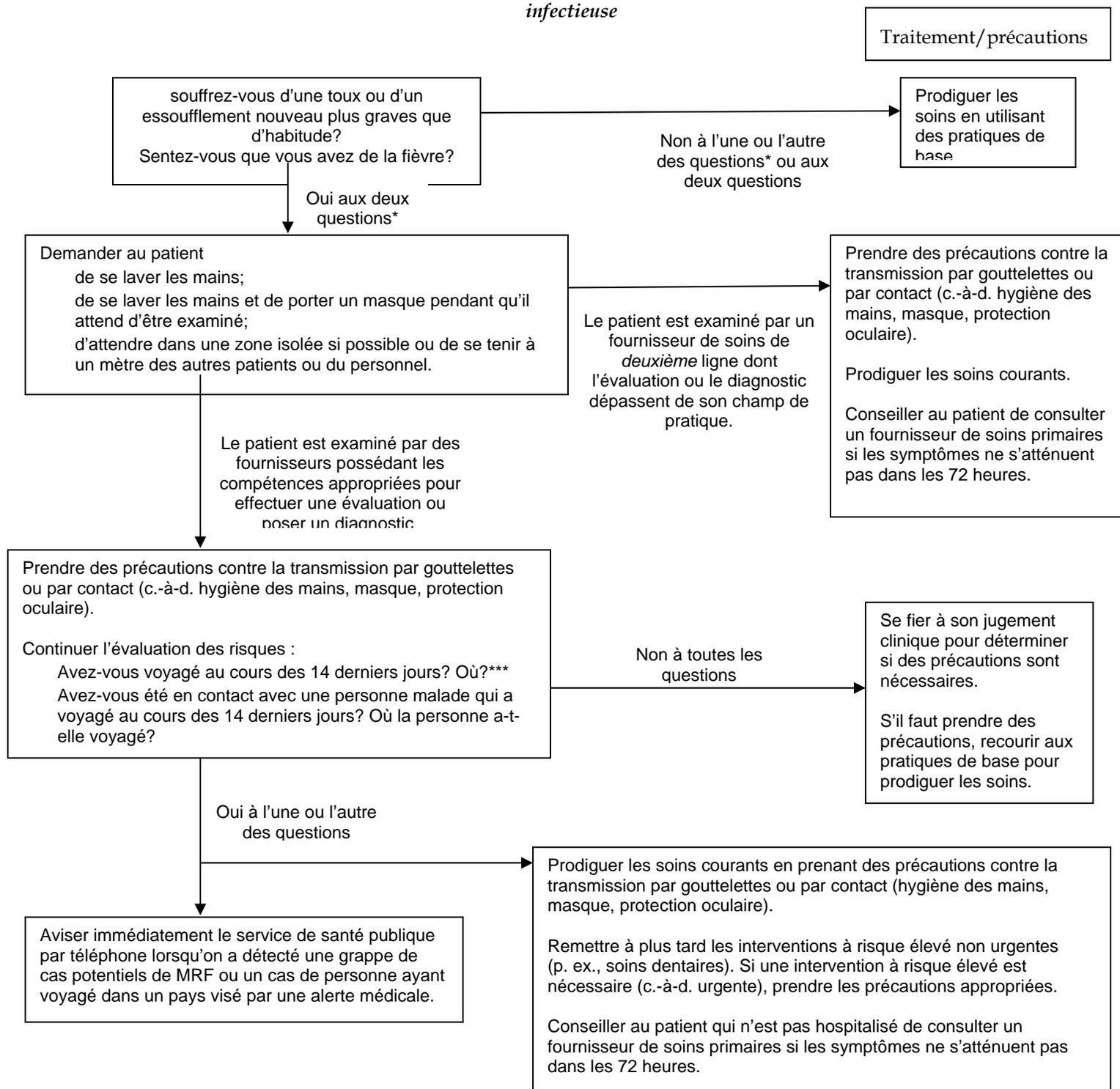
- 2.5** *L'établissement de soins de santé veillera à ce que tous les membres du personnel qui ont des contacts avec un patient souffrant de symptômes de MRF sachent qu'ils doivent entreprendre et maintenir des mesures de prévention (voir la section 3 ci-dessous).*

Il est nécessaire d'évaluer chaque patient, résident ou client afin de détecter des symptômes de MRF et de consigner le fait que l'évaluation a eu lieu. Il n'est pas nécessaire d'inscrire cette information dans un document distinct. Certains établissements (p. ex., les unités d'urgence) préfèrent utiliser un questionnaire (voir l'annexe 1) pour consigner leurs activités de dépistage et de surveillance. D'autres préfèrent inscrire une note au dossier d'un patient lorsque celui-ci est atteint d'une maladie respiratoire d'origine probablement infectieuse et que des mesures de prévention ont été prises. Certains établissements ont élaboré un formulaire de surveillance visant à faciliter le dépistage et le suivi des malades hospitalisés atteints de MRF (voir annexe 3).

- 2.6** *Une fois que la nécessité de mettre en œuvre des mesures de prévention a été établie, on doit en informer toutes les unités recevant des patients et tous les services de diagnostic.*

Quel que soit le processus suivi, l'établissement de soins de santé doit veiller à ce que son personnel reçoive tous les renseignements dont il a besoin pour se protéger et protéger ses patients. On doit déterminer les mesures de prévention nécessaires et les communiquer clairement à tout le personnel ayant des contacts directs avec les patients. On doit également instaurer un processus systématique pour informer le personnel lorsque les mesures de prévention ne sont plus nécessaires, en fonction d'une ré-évaluation ultérieure.

Protocole de dépistage et de surveillance des maladies respiratoires fébriles d'origine infectieuse



**** REMARQUE :** Il se peut que les personnes âgées et les personnes immunodéprimées ne manifestent pas de réaction fébrile à une maladie respiratoire. C'est pourquoi l'apparition récente d'une toux ou d'un essoufflement peut suffire pour justifier l'adoption de mesures préventives.

** La période de risque à la suite d'un voyage est maintenant fixée à 14 jours (deux semaines), ce qui est conforme aux recommandations de l'Agence de santé publique du Canada. (consulter le site : http://www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/pdf/sars-icg-nonoutbreak_f.pdf)

*** Pour une liste des pays faisant actuellement l'objet d'avis d'alertes médicales, consulter le site : http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/index_f.html

3. Mesures de prévention

Les mesures de prévention et de lutte contre les infections visent à protéger les patients, les travailleurs de la santé et le grand public contre les maladies infectieuses et à réduire leur risque de transmission dans les établissements de soins de santé. Dans un milieu où l'on traite les personnes atteintes de maladies infectieuses, il n'y a pas de « protection totale » ou de « risque zéro » pour les patients, les visiteurs ou les travailleurs de la santé, mais il existe des mesures que les établissements de soins de santé peuvent prendre pour réduire considérablement les risques.

Dans le cas de maladies respiratoires transmises par gouttelettes, la prise de précautions contre les gouttelettes et les contacts (voir glossaire) constitue la mesure la plus indiquée. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les précautions contre les gouttelettes et les contacts, consulter le document publié par l'Agence de santé publique du Canada intitulé *Précautions visant à prévenir la transmission des infections respiratoires par de grosses gouttelettes et par contact : Guide de prévention des infections en l'absence d'éclosion, lorsqu'une personne se présente avec une infection respiratoire* (Voir l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/pdf/sars-icg-nonoutbreak_f.pdf).

Les mesures de prévention de la propagation des MRF par les gouttelettes adoptées en Ontario sont énoncées ci-dessous.

Mesures personnelles de prévention de la propagation de MRF

- se faire vacciner tous les ans contre la grippe;
- se laver les mains fréquemment;
- rester à la maison lorsqu'on est malade;
- s'abstenir de rendre visite à des patients d'hôpitaux ou de maisons de soins de longue durée lorsqu'on est malade;
- se couvrir la bouche quand on tousse;
- jeter les papiers mouchoirs aux endroits appropriés;
- bien se laver les mains après s'être mouché.

Pour toute personne fréquentant un établissement de soins de santé

3.1 *Les établissements de soins de santé et leur personnel devraient insister auprès des membres du personnel, des patients, des résidents, des clients et des visiteurs sur l'importance des mesures personnelles qui aident à prévenir la propagation des MRF.*

3.2 *Tous les établissements de soins de santé doivent installer des postes d'hygiène des mains accessibles situés à des endroits appropriés, ainsi que des affiches indiquant à tous les patients, résidents, visiteurs et bénévoles comment pratiquer l'hygiène des mains.*

Des études ont révélé que l'hygiène des mains est efficace pour prévenir les infections dans les établissements ainsi qu'en milieu communautaire. Un programme mis en œuvre dans tous les services d'un hôpital dans le but de renforcer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains a permis de réduire les infections nosocomiales et la transmission du *staphylocoque doré résistant à la méthicilline* (SARM).²⁴ L'hygiène des mains a également aidé à prévenir l'absentéisme lié à la maladie chez les écoliers et à prévenir la propagation de la diarrhée dans la collectivité.^{25 26}

²⁴ Pittet, D. « Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach ». *Emerg Infect Dis*, vol. 7, n° 2, p. 234-242 (2001). (<http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol7no2/pittet.htm>)

²⁵ Meadows, E. et N. Le Saux, « A systematic review of the effectiveness of antimicrobial rinse-free hand sanitizers for prevention of illness-related absenteeism in elementary school children », *BMC Public Health*, vol. 4, n° 1, p. 50 (2004).

²⁶ Curtis, V. et S. Cairncross, « Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review », *Lancet Infect Dis*, vol. 3, n° 5, p. 275-281 (2003).

Les affiches et les postes d'hygiène des mains aident à sensibiliser la population aux risques de transmission de maladies dans les établissements de soins de santé et à la responsabiliser davantage à l'égard de l'hygiène personnelle des mains.

- 3.3 *Tous les établissements de soins de santé devraient expliquer que le personnel ne devrait pas se présenter au travail lorsqu'il est atteint d'une MRF et étayer cette exigence avec des politiques de gestion des présences appropriées.*

« Les travailleurs de la santé ont une responsabilité à l'égard de leurs patients et de leurs collègues de ne pas travailler lorsqu'ils présentent des symptômes vraisemblablement associés à une maladie infectieuse. Cela comprend le personnel souffrant d'une affection pseudo-grippale, d'une maladie respiratoire fébrile, d'une gastro-entérite ou d'une conjonctivite.[traduction libre] »²⁷

Plutôt que d'agir comme un facteur de dissuasion, les politiques de gestion des présences doivent encourager le personnel à assumer ses responsabilités. Par exemple, tous les établissements de soins de santé doivent s'assurer d'offrir des congés de maladie à tous les employés (soit sous forme de journées de maladie payées pour le personnel à plein temps ou de taux de salaire compensatoire tenant lieu d'avantages pour le personnel à temps partiel), d'éviter les programmes de bonification pour le personnel n'ayant pas pris de jours de congé de maladie et exclure activement le personnel malade (c.-à-d. renvoyer à la maison tout membre du personnel malade qui se présente au travail).

Patients présentant des symptômes

- 3.4 *On devrait demander aux patients souffrant de symptômes de MRF (c'est-à-dire, fièvre, toux) qui se présentent à un établissement de soins de santé pour y recevoir des soins de pratiquer l'hygiène des mains, de porter un masque chirurgical et d'attendre dans un endroit distinct ou de se tenir à une distance d'un mètre des autres patients et du personnel.*

On devrait demander aux patients de pratiquer l'hygiène des mains (p. ex., se laver les mains avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool).

Le port du masque sert à protéger les autres patients et le personnel dans les aires d'attente communes. Toutefois, tous les patients ne supportent pas le port du masque (p. ex., les enfants, les personnes ayant des problèmes respiratoires chroniques, les personnes atteintes de démence). Dans ces situations, l'établissement devrait, dans la mesure du possible, faire attendre le patient dans un endroit distinct ou lui demander de se tenir à une distance d'au moins un mètre des autres patients. La capacité de chaque établissement d'isoler les patients présentant des symptômes de MRF dépendra de l'espace disponible. Dans les aires d'attentes bondées, des précautions comme le lavage des mains et le port du masque prennent toute leur importance. En l'absence de masque, on encouragera les patients à employer d'autres méthodes pour se couvrir la bouche et le nez lorsqu'ils éternuent ou toussent (avec un mouchoir en papier par exemple).

²⁷ Influenza surveillance protocol for Ontario hospitals, éd. rev., Toronto (Ontario) Ontario Hospital Association, 2004. www.oha.com. Ontario Hospital Association & Ontario Medical Association Joint Committee on Communicable Disease Surveillance Protocols, -

Hébergement

- 3.5 *Les patients qui présentent des symptômes de MRF ET qui ont voyagé dans une région où une alerte médicale a été lancée devraient être immédiatement retirés de la salle d'attente et placés dans une salle distincte.*
- 3.6 *Dans la mesure du possible, les patients présentant des symptômes de MRF qui sont hospitalisés devraient être placés dans une chambre individuelle. Dans le cas des résidents bénéficiaires de soins de longue durée, qui ne sont pas logés dans une chambre individuelle, il faut prendre des précautions contre les gouttelettes et les contacts et tirer les rideaux séparateurs.*

Précautions

- 3.7 *Les fournisseurs de soins de santé qui se trouvent à moins d'un mètre de patients souffrant de symptômes de MRF devraient toujours prendre des précautions contre les gouttelettes et les contacts :*
- *porter un masque chirurgical de bonne qualité couvrant le nez et la bouche au moment de la prestation de soins directs à moins d'un mètre du patient;*
 - *Utiliser des lunettes de protection au moment de la prestation de soins directs à moins d'un mètre du patient;*
 - *pratiquer l'hygiène des mains (c'est-à-dire utiliser un désinfectant à base d'alcool ou se laver les mains avant de voir le patient, après avoir vu le patient, avant de se toucher le visage et après avoir enlevé et jeté le matériel de protection individuelle);*
 - *Utiliser des méthodes d'examen qui minimisent les contacts avec les gouttelettes (p. ex., s'asseoir à côté d'un patient qui tousse plutôt que devant lui lorsque l'on s'informe des antécédents médicaux ou que l'on effectue un examen);*
 - *porter des gants appropriés quand le travailleur est susceptible d'entrer en contact avec des liquides organiques ou de toucher des surfaces contaminées;*
 - *porter des blouses pendant les interventions et les activités liées aux soins au patient au cours desquelles les vêtements peuvent être contaminés;*
 - *nettoyer et désinfecter le matériel commun ou partagé après son utilisation.*

Critères de sélection d'un masque

- Couvre le nez et la bouche sans risque de tomber.
- Est assez grand pour prévenir la pénétration des gouttelettes.
- Assure une protection durant au moins 45 minutes.

Critères de sélection d'un dispositif de protection oculaire

- Le dispositif doit former une barrière contre les éclaboussures latérales.
- Il peut prendre la forme de lunettes de sécurité ou d'un écran facial.
- Il peut être à usage unique et jetable ou bien être lavé avant chaque utilisation.
- Les lunettes sur ordonnance ne sont pas acceptables car elles n'assurent pas une protection oculaire suffisante.

Critères de sélection d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool

- 60 à 90 % en alcool (alcool isopropylique ou éthanol)

Précautions pour les interventions respiratoires à risque élevé

Certaines interventions respiratoires (voir l'encadré) pratiquées sur des patients atteints de MRF (c'est-à-dire des interventions qui produisent des gouttelettes ou des aérosols) peuvent exposer le

personnel à des agents pathogènes des voies respiratoires et présentent un risque jugé élevé pour le personnel et les personnes qui se trouvent aux environs. Lorsqu'on diagnostique une MRF chez un patient, on devrait remettre à plus tard toutes les interventions à risque élevé qui ne sont pas urgentes (p. ex., soins dentaires) jusqu'à ce que le patient soit guéri. Les précautions ci-après devraient être prises pour toute intervention de ce type afin de réduire les risques d'exposition.

3.8 Les interventions à risque élevé devraient être exécutées par du personnel chevronné dans une chambre individuelle dont la porte est fermée.

Si toutefois il était impossible de placer le patient dans une salle distincte (p. ex., salle de réanimation) pour pratiquer, les rideaux devraient être fermés et toutes les personnes dont la présence n'est pas essentielle devraient se tenir à au moins un mètre de distance du patient. Tout matériel de protection individuelle contaminé et tout autre matériel devraient être éliminés ou nettoyés soigneusement.

3.9 Le nombre de personnes présentes dans la pièce durant une intervention à risque élevé devrait être tenu au minimum.

3.10 Toutes les personnes présentes dans la pièce durant une intervention à risque élevé (y compris les membres de la famille qui s'y trouvent pour des motifs de compassion) doivent porter du matériel de protection individuelle approprié et recevoir des directives quant à son utilisation.

Pour tous les patients (présentant ou non des symptômes de maladie respiratoire fébrile) qui nécessitent une des interventions à risque élevé énumérées dans l'encadré, on devrait utiliser au moins un masque chirurgical, un dispositif de protection oculaire et des gants et pratiquer l'hygiène des mains. On devrait porter des blouses si l'uniforme ou les vêtements risquent d'être contaminés.

3.11 Lorsque des interventions à risque élevé sont exécutées, il faut avoir recours à du matériel et à des techniques qui minimisent l'exposition aux pathogènes respiratoires.

Si le patient a besoin de fortes concentrations d'oxygène, il devrait porter un masque sans réinspiration qui permet la filtration des gaz exhalés (p. ex., un masque à faible débit et à haute concentration d'oxygène avec un filtre submicronique hydrophobe).

L'intubation doit être faite de façon à minimiser la nébulisation des gouttelettes. Si l'état de santé du patient le permet, envisager la sédation avec ou sans paralysie.

Le ventilateur et l'appareil de succion en continu doivent se trouver dans la chambre du patient avant l'intubation, dans la mesure du possible, afin de réduire le temps nécessaire à la ventilation par ballon et au débranchement du ballon de l'appareil d'aspiration du tube endotrachéal.

3.12 Dans la mesure du possible, le personnel devrait éviter la ventilation non invasive (p. ex., ventilation spontanée en pression continue, BiPAP) pour les patients atteints de MRF parce que leurs sécrétions peuvent contaminer le matériel respiratoire et être évacuées dans l'environnement. Les sécrétions peuvent être propulsées à plus d'un mètre de distance.

Interventions respiratoires à risque élevé

- thérapies avec aérosol de nébulisation
- humidification par aérosol
- utilisation du ballon-masque pour ventiler un patient
- intubation endotrachéale
- aspiration des voies respiratoires
- thoracotomie par intubation ou à l'aiguille
- bronchoscopie ou autre endoscopie des voies respiratoires supérieures
- la trachéostomie
- ventilation non invasive (ventilation spontanée en pression continue, BiPAP) chez les malades aigus

S'il n'est pas possible de recourir à cette méthode, le personnel devrait porter du matériel de protection individuelle et nettoyer et désinfecter correctement les autres appareils et accessoires et l'environnement du patient.

3.13 L'induction de l'expectoration, qui est utilisée pour recueillir les sécrétions respiratoires des patients souffrant de symptômes de tuberculose, nécessite des précautions contre la transmission par voie aérienne en raison du risque d'exposition à la tuberculose et doit être effectuée dans une chambre en pression négative.

Le risque d'exposition à la tuberculose durant l'induction de l'expectoration nécessite des précautions contre la transmission par voie aérienne, y compris l'utilisation d'une chambre en pression négative afin de protéger les patients et le personnel qui se trouvent à l'extérieur de la chambre. Se reporter au glossaire et aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 5^e édition (2000) de l'Agence de santé publique du Canada.

Ventilation mécanique

3.14 Le personnel soignant les patients atteints de MRF avec un respirateur mécanique en système fermé peut adopter des pratiques de base. Si l'intégrité du système est compromise (p. ex., aspiration ouverte, changement de filtre), le personnel présent dans la pièce doit prendre des précautions contre les gouttelettes et les contacts.

On devrait utiliser des ventilateurs munis d'un filtre submicronique hydrophobe intégré dans le circuit expiratoire. Si cela est impossible, un filtre jetable doit être installé dans le circuit expiratoire du ventilateur. Les filtres doivent être changés lorsque des accumulations de liquides gênent la ventilation.

Les filtres jetables et les circuits de ventilation jetables doivent être jetés dans un sac scellé aux fins d'élimination.

Les circuits chauffés devraient être utilisés sur la partie inspiratoire et la partie expiratoire du circuit de ventilation. Dans certains cas, l'utilisation de deux circuits filaires chauffés ne réduira pas la condensation dans le circuit (ce qui nécessitera le débranchement d'un plus grand nombre de circuits). Dans ce cas, l'utilisation d'un humidificateur à échangeur thermo-hydrique avec ou sans filtre peut être recommandée.

Une combinaison de trappe à eau et de filtre devrait être placée à la fin du circuit expiratoire dans le but de réduire la fréquence des changements de filtre.

Lorsqu'on utilise des ballons de réanimation manuelle :

- un filtre submicronique hydrophobe doit être placé entre le tube endotrachéal et le ballon ou sur l'embout d'expulsion du ballon;
- le matériel réutilisable doit être entièrement nettoyé ou déposé dans un sac scellé, puis dans un sac étanche aux fins de nettoyage;
- le matériel jetable doit être déposé dans un sac aux fins d'élimination.

L'élimination des filtres et le nettoyage ou l'élimination des ballons et des filtres sont des activités qui comportent des risques élevés d'exposition, et le personnel doit se protéger en prenant des précautions contre les gouttelettes et les contacts.

Matériel et environnement

3.15 Les établissements de soins de santé doivent s'assurer que le personnel a rapidement et facilement accès au matériel de protection individuelle nécessaire.

Toutes les unités et tous les chariots d'urgence doivent comprendre ce qui suit :

- des masques chirurgicaux, des lunettes de protection, des gants, des blouses;
- un ballon de réanimation manuelle muni d'un filtre submicronique hydrophobe;
- des cathéters d'aspiration en ligne;²⁸
- des masques sans réinspiration qui permettent de filtrer les gaz expirés (l'idéal étant un masque à faible débit et à forte concentration d'oxygène).²⁹

3.16 Dans tous les établissements où des soins sont dispensés, le personnel devrait suivre les méthodes de gestion et d'élimination du matériel qui sont conformes aux lignes directrices de l'Agence de santé publique du Canada (consulter le site <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98pdf/cdr24s8f.pdf>).

Les fournisseurs ne devraient apporter que le matériel dont ils ont besoin dans la zone où seront dispensés les soins. Tout matériel réutilisable doit être nettoyé et désinfecté. (Consulter également le document de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario intitulé *Infection Control in the Physician's Office*, 2004.)

Dans la mesure du possible, les fournisseurs devraient utiliser du matériel jetable qui peut être jeté en toute sécurité avec les ordures ménagères et qui doit être jeté au sortir de la pièce où les soins ont été prodigués. Les fournisseurs doivent également disposer d'une quantité suffisante de désinfectant pour les mains à base d'alcool afin de pratiquer une hygiène appropriée des mains.

3.17 Tous les établissements de soins de santé devraient maintenir des pratiques de nettoyage courantes, consistant notamment à garder l'environnement de travail propre et à désinfecter les endroits qui peuvent avoir été contaminés après chaque visite de patient.

Pour maintenir la propreté d'un environnement de travail, il faut essuyer toutes les zones qu'un patient souffrant d'une maladie respiratoire fébrile a pu toucher au cours de sa visite (p. ex., les

Méthode recommandée pour retirer le matériel de protection individuelle (MPI)

Après avoir dispensé des soins, le fournisseur de soins doit employer la méthode suivante tout en se tenant à plus d'un mètre de distance du patient :

- Retirer puis jeter les gants en employant une technique qui élimine le contact de la peau avec les gants.
- Retirer la blouse (la jeter dans le panier à linge de façon à réduire au minimum le déplacement d'air).
- Se laver les mains.
- Retirer le dispositif de protection oculaire et le jeter au rebut ou le placer dans un sac de plastique transparent et l'envoyer à la décontamination, selon le cas.
- Retirer et jeter le masque.
- Se laver les mains.

Il s'agit d'une méthode de base. Les fournisseurs de soins de santé qui croient s'être contaminés les mains à un moment ou à un autre au cours du retrait du MPI doivent se laver les mains avant d'entreprendre quoi que ce soit.

Remarque : Il est possible que les éviers utilisés par les patients soient fortement contaminés. Pour cette raison, il est déconseillé aux fournisseurs de soins de santé de s'y laver les mains à moins d'y être contraints.

²⁸ Si le patient est un petit enfant, l'aspiration peut alors être effectuée de façon normale.

²⁹ Il s'agit d'un masque spécial qui concentre l'oxygène à l'aide de faibles débits (p. ex., Hi-Ox).

accoudoirs d'une chaise dans la salle d'attente, la table d'examen, le bord du bureau, le stéthoscope, tout ce qui se trouve à portée de main de l'endroit où le patient était assis).

Les tampons désinfectants commerciaux et préemballés facilement accessibles pour le personnel permettent de nettoyer efficacement le matériel et les surfaces entre les visites de patients. Tous les établissements devraient se conformer aux exigences du document de l'Agence de santé publique du Canada intitulé *Guide de prévention des infections - Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé* (voir l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98pdf/cdr24s8f.pdf>). Ces lignes directrices traitent notamment des agents de nettoyage appropriés et du temps de contact.

3.18 *Toutes les surfaces et tout le matériel contaminés devraient être nettoyés après une intervention à risque élevé.*

Le personnel exécutant l'intervention à risque élevé devrait nettoyer et désinfecter les surfaces, ainsi que le matériel ou le jeter au rebut *avant* de quitter la pièce et *avant* de retirer le matériel de protection individuelle. Le personnel ne devrait pas retourner dans la pièce avant qu'elle ne soit nettoyée.

3.19 *On peut cesser de prendre les précautions contre les gouttelettes et les contacts lorsqu'un patient répond à l'un des critères suivants :*

- *un diagnostic étiologique qui ne nécessite pas de précautions contre les gouttelettes et les contacts;*
- *une amélioration clinique sur une thérapie empirique;*
- *un autre diagnostic (c'est-à-dire non infectueux).*

4. Déclaration

La déclaration vise à faire en sorte que les établissements de soins de santé, leur personnel et les autorités en santé publique détiennent l'information dont ils ont besoin pour prévenir la propagation des maladies respiratoires fébriles courantes et émergentes et lutter contre ces maladies.

Déclaration interne

Déclaration interne au service de lutte contre les infections

4.1 *Les établissements de soins de santé devraient avoir établi des méthodes pour aviser le service de prévention et de lutte contre les infections de ce qui suit :*

- *la présence des patients ou des résidents qui sont admis avec une MRF ou qui contractent une MRF, de sorte qu'il puisse surveiller la situation;*
- *les grappes de MRF au sein du personnel ou des patients. (Afin de protéger le droit des employés à la confidentialité, les services de santé au travail déclareront les grappes d'employés de façon non nominative, au service de prévention et de lutte contre les infections).*

La déclaration a pour but de faire en sorte que le service de prévention et de lutte contre les infections prenne les précautions nécessaires pour protéger les patients et le personnel et pour surveiller et gérer toute épidémie potentielle (un exemple de formulaire utilisé pour informer le service de lutte contre les infections de l'état actuel des malades hospitalisés figure à l'annexe 3).

Déclaration interne aux services de santé au travail

4.2 *Les travailleurs de la santé qui manifestent des symptômes de MRF devraient signaler leur état aux services de santé au travail ou à la personne déléguée.*

4.3 *Le service de prévention et de lutte contre les infections alertera les services de santé au travail en ce qui concerne les grappes de cas de MRF chez les patients de sorte qu'ils puissent surveiller le personnel. Les services de santé au travail alerteront (de façon non nominative) le service de prévention et de lutte contre les infections au sujet des grappes de cas de MRF au sein du personnel.*

4.4 *Les employeurs sont tenus de déclarer au Comité conjoint de santé et de sécurité au travail ou à la personne déléguée toute infection acquise en milieu de travail.*

La déclaration des employés présentant des symptômes de MRF aux services de santé au travail vise à détecter toute grappe de cas d'infection qui se serait formée chez les employés et à assurer la prise de précautions appropriées dans le lieu de travail en vue de protéger les travailleurs et les patients. Le personnel, le service de prévention et de lutte contre les infections et les employeurs adopteront les mêmes méthodes de déclaration qu'ils utilisent pour les autres maladies infectieuses pouvant être acquises en milieu de travail (p. ex., nausée, vomissements, diarrhée, conjonctivite).

Déclaration externe

Déclaration aux services de santé publique

4.5 *Les administrateurs d'établissements de soins de santé, les laboratoires, et les médecins communautaires et traitants devraient faire une déclaration au médecin hygiéniste local dans les situations suivantes :*

- *un patient a une nouvelle toux ou souffre de fièvre ET a voyagé dans un pays où une alerte médicale a été lancée OU a été en contact avec une personne ayant voyagé dans un pays où une alerte médicale a été lancée (c'est-à-dire qu'il répond oui à toutes les questions³⁰ du protocole de dépistage et de surveillance); remarque : il n'est pas nécessaire d'obtenir une confirmation en laboratoire avant de faire une déclaration.*

Ils sont tenus par la loi de faire une déclaration au médecin hygiéniste local dans les situations suivantes :

- *l'étiologie d'une maladie respiratoire fébrile est une maladie à déclaration obligatoire;*
- *il existe une épidémie ou une grappe de cas de MRF dans un établissement de santé.*

La déclaration aux services de santé publique vise à cerner toute épidémie ou émergence de maladie, dès ses débuts, de façon à pouvoir mettre en oeuvre les mesures de santé qui préviendront et limiteront sa transmission.

En vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les médecins et les autres praticiens³¹, les administrateurs d'établissements de soins de santé et les laboratoires sont tenus de signaler toute personne qui « est atteinte ou pourrait être atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire » ou qui « est contaminée ou pourrait être contaminée par l'agent d'une maladie transmissible ». Il incombe également aux administrateurs de déclarer toute épidémie d'infection respiratoire qui surviendrait dans un établissement. Pour en savoir plus sur les renseignements à déclarer, consultez le Règlement 569 pris en application de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Les établissements de soins de santé ont intérêt à déclarer rapidement aux services de santé publique les grappes inusitées de cas de MRF et les cas isolés de MRF quand le patient a voyagé dans un pays où une alerte médicale a été lancée ou quand il est entré en contact avec une personne ayant voyagé dans un tel pays. Ils doivent également demander conseil dans de telles conditions. Une communication efficace avec les services de santé publique aidera à rapidement cerner toute épidémie ou émergence d'une maladie.

³⁰ REMARQUE : Il se peut que les personnes âgées et les personnes immunodéprimées ne manifestent pas de réaction fébrile à une maladie respiratoire; c'est pourquoi la présence d'une toux ou d'un essoufflement chez ces patients et le fait qu'ils aient voyagé dans un pays ou une alerte médicale a été lancée devraient donner lieu à une déclaration aux services de santé publique.

³¹ Les autres praticiens comprennent les infirmières, les dentistes, les chiropraticiens, les naturopathes, les pharmaciens et les optométristes.

Déclaration au ministère du Travail

- 4.6 *Si un fournisseur de soins de santé contracte une infection acquise en milieu de travail, le cas doit être déclaré au ministère du Travail conformément aux lois sur la santé et la sécurité au travail.*

Le ministère détiendra ainsi toute l'information qui lui est nécessaire pour lancer une enquête qui pourrait entraîner des changements visant à protéger la santé des fournisseurs.

Déclaration à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

- 4.7 *Si un fournisseur de soins de santé contracte une infection acquise en milieu de travail, le cas doit être déclaré à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) dans les 72 heures.*

La CSPAAT détiendra ainsi toute l'information nécessaire au traitement des demandes d'indemnité.

- 4.8 *Toutes les méthodes de déclaration externe doivent respecter les lois pertinentes, y compris la Loi de 1990 sur la protection et la promotion de la santé, la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, la Loi de 1990 sur la santé et la sécurité au travail et la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.*

5. Évaluation

L'évaluation fait partie intégrante de la prévention et de la lutte contre les infections.

- 5.1 *La conformité aux exigences en matière de vaccination antigrippale, de dépistage et de surveillance, de mesures de prévention et de déclaration devrait être évaluée périodiquement au moyen d'un processus de vérification mesurable, dans le cadre d'un programme d'amélioration continue de la qualité.*

Annexe 1 : Exemple de formulaire de dépistage et de surveillance**Protocole de dépistage et de surveillance des
maladies respiratoires fébriles
(Questionnaire)**

- i Avez-vous une toux ou un essoufflement nouveaux ou plus graves que d'habitude?
Dans la négative, mettez fin au dépistage (aucune autre question).
Dans l'affirmative, posez la question suivante.
- ii Au cours des 24 dernières heures, vous êtes-vous senti dans un état fiévreux, avez-vous eu des tremblements ou des frissons?
Dans la négative, prenez la température. Si elle est supérieure à 38 °C, posez les questions suivantes, sinon mettez fin au dépistage (aucune autre question).
Dans l'affirmative, prenez la température et posez la question suivante.

*REMARQUE : Il est possible que certaines personnes, comme les personnes âgées ou les personnes immunodéprimées ne souffrent pas de fièvre.

***Si la réponse aux deux questions i et ii est affirmative,
prenez les précautions contre les gouttelettes et les contacts et avisez le service de
prévention et de lutte contre les infections.***

- iii Est-ce que l'un des énoncés suivants est vrai?
Avez-vous voyagé au cours des 14 derniers jours? À quel endroit**? ou
Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne malade qui a voyagé? À quel endroit**?

*****Pour une liste des pays faisant actuellement l'objet d'alertes médicales, consulter le site :***
http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/index_f.html

Le service de prévention et de lutte contre les infections doit aviser les services de santé publique dans le cas où une personne atteinte aurait voyagé dans un pays où est survenue une alerte médicale ou lorsqu'il y a une possibilité d'épidémie ou de grippe.

Annexe 2 : Exemple d'affiche utilisée pour le dépistage passif des MRF

REMARQUE : Toutes les affiches installées dans un établissement de soins de santé devraient être traduites dans toutes les langues prédominantes ou courantes de la collectivité en question.



Lisez attentivement

1. Avez-vous une toux ou un essoufflement **NOUVEAU** ou **PLUS GRAVES** que d'habitude?
2. Vous sentez-vous dans un état fiévreux?

Si vous avez répondu **OUI** à ces **DEUX** questions :

Lavez-vous les mains

ET

Mettez un masque ou un papier mouchoir devant votre bouche

ET

Parlez-en immédiatement à une réceptionniste ou à une infirmière.

Annexe 3 : Outil de surveillance et de déclaration quotidiennes des MRF

Date : _____

Unité du patient : _____

Page ____ de ____

Le présent formulaire doit être mis à jour à chaque quart de travail.

Toute **nouvelle** apparition de symptômes de la fièvre* ET de toux ou d'essoufflement, ou tout **nouveau** diagnostic clinique/radiologique de pneumonie chez des patients doit **immédiatement** être déclaré au médecin traitant et au service de prévention et de lutte contre les infections.

| Nom / N° du dossier de l'hôpital / Salle | Date d'entrée | Date de l'apparition des nouveaux symptômes / du diagnostic | Fièvre >38°C | Toux | Essoufflement | Hyoxie (Sat. O ² 92 %) | Précautions contre les gouttelettes et les contacts (Oui ou Non) | Mesure(s) | Initiales |
|---|------------------|--|--------------|------|---------------|--------------------------------------|--|-----------|-----------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

*REMARQUE : Il est possible que certaines personnes, comme les personnes âgées ou les personnes immunodéprimées ne souffrent pas de fièvre.

Annexe 4 : Ressources en prévention et lutte contre les infections

Ontario Hospital Association

Ontario Hospital Association. Communicable Diseases Surveillance Protocols. Protocoles de surveillance des maladies transmissibles (en anglais seulement). Accessible en ligne à l'adresse :

http://www.oha.com/client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/page/Communicable+Diseases+Surveillance+Protocols

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Accessible en ligne à l'adresse :

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/pidac/pidac_mn.html (en anglais seulement)

Agence de santé publique du Canada

Agence de santé publique du Canada. « Lignes directrices – Maladies infectieuses. Guide de prévention des infections – Lavage des mains, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 27 (suppl. 8) : i-xi, 57 p. (1998). Accessible en ligne à l'adresse :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98pdf/cdr24s8f.pdf>

Agence de santé publique du Canada. « Lignes directrices – Maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé – Version révisée des techniques d'isolement et précautions », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 25 (suppl. 4) : 157 p. (1999). Accessible en ligne à l'adresse :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99pdf/cdr25s4f.pdf>

Agence de santé publique du Canada. Vaccins. Maladie pouvant être prévenue par la vaccination. Grippe. Accessible en ligne à l'adresse :

http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/dird-dimr/vpd-mev/influenza_e.html

Centers for Disease Control and Prevention (en anglais seulement)

Centers for disease Control and Prevention. *Issues in Health Care Settings. Infection Control Guidelines*. Accessible en ligne à l'adresse : <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/default.htm>

Centers for disease Control and Prevention. *Infection Control Guidelines. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals* (en anglais seulement). Accessible en ligne à l'adresse : <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/ISOLAT/Isolat.htm>

Centers for disease Control and Prevention. *Guidelines for the Transmission of Mycobacterium Tuberculosis in Health-Care Facilities, 1994*, 1994, 132 p., « MWR Recommendations and Reports », vol. 43, n° RR-13 (1994). Accessible en ligne à l'adresse : <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4313.pdf>

Associations professionnelles

APIC – Association for Professionals on Infection Control and Epidemiology

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). *APIC Text of Infection Control and Epidemiology*, édition 2005 (en anglais seulement). En vente au magasin virtuel de l'APIC à l'adresse :

<http://www.apic.org/AM/Template.cfm?Section=Store>

CHICA – Canada. Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada

<http://www.chica.org>

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

The College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Infection Control in Physician's Office*, 2004 (en anglais seulement). Accessible en ligne à l'adresse : <http://www.cpso.on.ca/Publications/infectioncontrolv2.pdf>

SHEA – Society for Healthcare Epidemiology of America

<http://www.shea-online.org/> (en anglais seulement)