

Gestion de la santé publique de cas et de groupes de maladies respiratoires sévères (MRS) au cours de la période de post-éclosion du SRAS

Recommandations intérimaires

Version 1 : le 6 novembre 2003

Ce document a été élaboré en fonction d'un besoin de recommandations à l'égard de la gestion de la santé publique des cas de maladies respiratoires sévères identifiées à l'aide d'une surveillance accrue au cours de la période de post-éclosion du SRAS.

Le matériel fourni dans ce document a été préparé grâce aux consultations entre les autorités fédérales, provinciales, territoriales et locales de la santé publique, partout au Canada et vise à produire des directives scientifiquement justes pour les professionnels de la santé travaillant avec le MRS. Santé Canada tient à remercier les contributions importantes et continues de tous les partenaires.

Table des matières

1.0 Introduction.....	3
1.1 Principes et hypothèses.....	3
1.2 Évaluation du risque.....	4
1.3 Clarification de la terminologie.....	5
2.0 Protocole de gestion par les services de santé publique d'un cas sporadique de MRS avec un lien épidémiologique potentiel.....	5
3.0 Protocole de gestion par les services de santé publique d'un groupe de MRS au sein d'une unité de soins de santé dans un établissement de soins actifs.....	7

1.0 Introduction

Le but de ce document consiste à fournir des recommandations nationales de référence pour la gestion de la santé publique lors de scénarios spécifiques ou « d'alertes » identifiés à l'aide d'une surveillance accrue des maladies respiratoires sévères (MRS) au cours de la période post-éclosion du SRAS (voir « Surveillance des infections respiratoires sévères ou émergentes au cours de la période de post-éclosion du SRAS » : <http://www.sras.gc.ca/>). Si le SRAS réapparaît, alors il est prévu que les directives référant à la « période de la flambée » de SRAS deviendront les documents de référence appropriés.

Ce document est destiné à être utilisé par les provinces et les territoires pour les besoins de la santé publique dans le cadre d'une intervention par étapes. Des recommandations sont fournies dans le but d'orienter l'intervention en santé publique contre une maladie respiratoire non identifiée et de faciliter l'uniformité de l'approche adoptée dans les instances. Les questions opérationnelles n'ont pas été abordées dans ce document national puisque la mise en œuvre des activités recommandées se déroulera principalement aux niveaux provincial / territorial et local , et qu'elle peut varier à travers le Canada.

Le but de la surveillance accrue au cours de la période de post-éclosion du SRAS, tel que mentionné dans le document sur la surveillance nationale, est :

De prévenir des épidémies de grande ampleur et des flambées d'infections respiratoires associées à un accroissement de la morbidité et de la mortalité, par l'entremise d'une surveillance continue des infections respiratoires sévères ou émergentes et une mise en œuvre rapide des mesures de contrôle.

L'atteinte de ce but reposera sur une vigilance accrue des « premières lignes », sur la mise en œuvre rapide des précautions de prévention efficace de l'infection et sur la communication rapide entre les intervenants.

1.1 Principes et hypothèses

Les recommandations actuelles sont fondées sur les principes ou les hypothèses suivants :

- Les recommandations relatives aux questions de prévention des infections et le traitement clinique des cas de MRS seront abordés dans des documents séparés;
- Les cas devraient être traités selon les recommandations actuelles pendant le cours de l'hospitalisation;
- Les décisions de congé devraient être basées sur la situation clinique du cas;
- La nécessité d'une période d'isolement à la suite du renvoi devrait être basée sur les renseignements disponibles au moment où le congé est envisagé (par ex., le constat d'une période de transmissibilité et l'état du cas);
- Les groupes de MRS au sein d'une unité de soins de santé devront être rapportés rapidement aux autorités locales de la santé publique;
- Les cas de MRS présentant un lien épidémiologique à une zone d'émergence ou de réémergence devront être rapportés rapidement aux autorités locales de la santé publique;

- Les services de prévention des infections et de santé au travail au sein des établissements présentant des cas suspects en matière de MRS collaboreront avec les autorités locales de la santé publique afin de mettre en œuvre des recommandations pour la surveillance des cas et des contacts;
 - Les services de prévention des infections et de santé au travail seront responsables de la surveillance interne des établissements pour les patients et le personnel qui sont des cas ou en contact avec des cas;
 - Les autorités locales de la santé publique seront responsables de la surveillance du personnel et des autres contacts avec des cas de la collectivité;
- En cas de réponse positive, les cas confirmés en laboratoire du SRAS sont détectés n'importe où à travers le monde, alors les cas de MRS liés à cette région ayant des cas actifs de SRAS seront traités selon les recommandations intérimaires de la gestion de la santé publique en matière de contacts et de cas du SRAS;
- Si les résultats cliniques et du laboratoire sont très indicatifs d'un pathogène connu, alors l'individu ou le groupe devrait être traité en fonction des recommandations pour le traitement de la maladie spécifique. (Par exemple, si un diagnostic autre est établi, il est alors prévu que les mesures recommandées dans ce document seraient remplacées par des mesures spécifiques pour le pathogène connu.)
- Si les tests du laboratoire ne produisent pas un diagnostic concluant, les mesures de contrôle peuvent être « réduites graduellement » dès qu'il y a une amélioration clinique du ou des patient(s) affecté(s) et qu'aucun nouveau cas n'a été détecté lors d'une enquête complète des contacts étroits, à l'intérieur d'un calendrier établi (c.-à-d., 2 périodes d'incubation lorsqu'il est possible de le déterminer);
- Les recommandations sont fournies afin de faciliter l'uniformité entre les compétences à l'égard des interventions de base de la santé publique pour ces types d'alertes au cours de la période de post-éclosion du SRAS. Chaque compétence devrait déterminer si des mesures additionnelles (par ex., des communications plus fréquentes avec les contacts des cas de SRAS ou des activités plus énergiques de recherche de cas) sont requises en fonction de la situation individuelle.

1.2 Évaluation du risque

Beaucoup sont d'avis que qu'il est improbable qu'un nouveau virus tel que le CoV-SRAS ou une nouvelle souche d'influenza puisse d'abord émerger (ou dans le cas du SRAS, réémerger) au Canada. Par contre, il est également reconnu que l'intervalle entre l'émergence et la réémergence d'un agent infectieux ailleurs dans le monde et l'apparition de cas au Canada peut être relativement courte.

Lors de l'évaluation des cas hospitalisés à la suite de maladie respiratoire sévère, il est important de questionner au sujet des voyages ou des contacts étroits récents avec des voyageurs malades. Une histoire positive de voyage ou de contact avec un voyageur gravement malade, provenant d'une région d'émergence ou de réémergence devrait être notée et transmise à tous les prestataires de soins de santé s'occupant du patient afin d'assurer que des mesures appropriées de contrôle des infections et que des enquêtes cliniques et de laboratoire sont initiées. En fonction des recommandations actuelles de surveillance nationale des MRS, le rapport des cas de MRS comportant une histoire de voyage ou d'autres facteurs potentiels de risque reliés au SRAS (un employé de laboratoire

qui a récemment manipulé le CoV-SRAS ou un cas antérieur du SRAS), devrait survenir si aucun autre diagnostic ne peut être effectué dans les 72 heures de l'hospitalisation. Ce rapport déclenchera une évaluation de risque ou une enquête plus complète, y compris la recherche de cas parmi les contacts étroits du cas de MRS. Si le cas n'a pas voyagé, mais a été en contact étroit avec un voyageur gravement malade d'une zone suspecte, alors une enquête du voyageur malade devrait également contribuer à l'évaluation de risque.

Lorsque des groupes inexplicables de MRS se produisent dans une unité de soins actifs, il sera également important de mettre en place un protocole afin d'évaluer rapidement le risque que la maladie soit causée par le CoV-SRAS ou un autre nouvel agent. Lors de ce genre d'alerte, il devrait être présumé que l'agent infectieux a déjà causé un ou plusieurs cas non détectés et que l'investigation, par conséquent, devrait également inclure des activités rétrospectives de recherche de cas afin d'évaluer en profondeur le risque que le SRAS réémerge ou qu'une maladie grave provoquée par un nouvel agent est identifiée.

1.3 Clarification de la terminologie

« **Contact étroit** » - signifie avoir soigné, avoir vécu ou avoir été face-à-face (à moins d'un mètre) en contact ou avoir été en contact direct avec des sécrétions respiratoires ou les liquides organiques d'une personne affectée d'une maladie respiratoire.

« **Zones potentielles d'émergence ou de réémergence** » - Actuellement, basée sur des opinions d'experts, la Chine (y compris la Chine continentale, la province de Taïwan et la Région administrative spéciale de Hong Kong), est considérée comme la zone la plus probable de réémergence du CoV-SRAS. Il est également perçu comme très probable que les nouveaux virus grippaux puissent provenir de cette zone. À la suite de la détection de tous les pathogènes émergents ou réémergents à l'échelle internationale, les « zones potentielles d'émergence ou de réémergence » seront revues et mises à jour le cas échéant.

« **Unité de soins de santé** » - La définition d'une unité de soins de santé où un groupe se produit dépendra de la situation locale. La taille de l'unité peut varier d'un établissement entier de soins de santé s'il est petit, jusqu'à un service unique dans un gros hôpital de soins tertiaires.

« **Isolement** » - réfère à la séparation, pendant la période de transmissibilité, du **malade** (c.-à-d., des personnes qui présentent des symptômes) des autres personnes dans des endroits et selon des conditions permettant de prévenir ou de limiter la transmission directe ou indirecte de l'agent infectieux.

« **Période d'incubation** » – réfère à l'intervalle de temps entre l'infection (c.-à-d., l'introduction de l'agent infectieux dans l'hôte réceptif) et l'apparition des premiers symptômes connus de la maladie causée par l'agent infectieux.

2.0 Protocole de gestion par les services de santé publique d'un cas sporadique de MRS pour un lien épidémiologique potentiel

Pour une définition de ce type d'alerte, veuillez référer à la dernière version du document intitulé « Surveillance des infections respiratoires sévères ou émergentes au cours de la période de post-éclosion du SRAS ». Les « critères généraux » présentés ci-dessous sont fournis en tant que rappel général pour le lecteur et ne devraient pas remplacer les définitions spécifiques dans le document de surveillance.

Les critères généraux :

- Une personne (vivante ou décédée) présentant une histoire de MRS requérant une admission à l'hôpital, qui a ou a eu une histoire de voyages récents dans une zone potentielle d'émergence ou de réémergence OU qui est ou a été un employé de laboratoire qui manipule ou a manipulé un CoV-SRAS actif;
- Les résultats des enquêtes préliminaires (ou les conclusions de l'autopsie), à l'intérieur des 72 premières heures de l'hospitalisation, ne peuvent pas garantir un diagnostic.

Le protocole de rapports :

- Dès que le rapport est envoyé par l'hôpital, l'autorité locale de santé publique devrait rapporter le cas de MRS à l'autorité PT de santé publique qui avisera ensuite le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de Santé Canada;
- Le CPCMI enquêtera afin de vérifier s'il existe des cas actifs potentiels de SRAS à l'endroit où la personne affectée d'une MRS a voyagé et avisera l'autorité PT effectuant le rapport des résultats de l'enquête.

Mesures de santé publique :

- En collaboration avec les services de prévention des infections et de santé au travail de l'établissement affecté, souligner l'importance des pratiques systématiques de contrôle des infections pour les maladies respiratoires et fournir des instructions pour le personnel qui a soigné le cas, sans prendre les précautions appropriées (c.-à-d., a été en contact étroit non protégé avec le cas), de s'auto-surveiller pour une fièvre ou des symptômes de maladies respiratoires au cours des dix prochains jours;
- D'autres contacts étroits à l'intérieur de l'établissement (c.-à-d., les patients qui partagent une chambre avec un cas) qui sont asymptomatiques devraient être traités selon les recommandations actuelles de contrôle des infections alors qu'ils sont dans l'établissement et en tant que contact de la communauté (voir ci-dessous) s'ils reçoivent leur congé dans les 10 jours, après qu'ils aient eu un dernier contact étroit avec un cas;
- Si le cas de MRS était un contact d'un voyageur malade, alors la santé publique devrait entreprendre une enquête sur le voyageur (en fonction de la gravité de sa maladie), y compris évaluer toutes données disponibles cliniques et de laboratoire et chaque contact étroit;
- Le suivi des autres contacts étroits dans la collectivité (par ex., les membres du ménage qui ont été en contact étroit avec le cas de MRS après l'apparition des

symptômes) devrait survenir si les contacts peuvent être rejoints dans les 10 jours du dernier contact avec un cas infectieux¹

- ;
 - Si le contact étroit est **symptomatique** (c.-à-d., s'il a une fièvre, une toux ou de la difficulté à respirer) :
 - L'isolement à l'hôpital ou à la maison* jusqu'à ce que les symptômes aient disparu ou soient revenus à la ligne de référence;
 - La santé publique devrait s'assurer que ces individus sont contactés au moins une fois afin de leur fournir des instructions et souligner l'importance de réduire l'exposition pour les autres;
 - Inciter l'individu à téléphoner à son médecin personnel afin que les décisions relatives à la nécessité d'une évaluation clinique puissent être personnalisées;
 - Examiner la possibilité de demander une enquête de laboratoire afin d'aider à définir l'étiologie de la maladie du contact et peut-être indirectement, la maladie du cas hospitalisé de MRS;
 - Demander que les résultats des enquêtes cliniques ou de laboratoire sur cet individu soient transmis à la santé publique, particulièrement si un agent étiologique est identifié;
 - On doit demander aux fournisseurs de soins de santé symptomatiques de vérifier auprès de leurs services respectifs de santé au travail avant de reprendre le travail;
 - Si le contact étroit est **asymptomatique** (c.-à-d., est afébrile et n'a pas de symptôme respiratoire qui soit différent de leur état de référence) :
 - S'autosurveiller pour une fièvre et de nouveaux symptômes respiratoires au cours des 10 jours suivant le dernier contact avec le cas;
 - La santé publique devrait s'assurer que ces individus sont contactés au moins une fois afin de leur fournir des renseignements et des instructions relatifs à l'autosurveillance et la personne à contacter s'ils deviennent malades.
- Les contacts plus éloignés du cas devraient être suivis à la discrétion de l'autorité locale de la santé publique (par exemple, si l'enquête révèle une forte proportion de maladie au sein du groupe qui a eu un contact étroit avec le cas);
 - Si le nombre de contacts étroits est faible et que tous sont symptomatiques, la décision de procéder à une enquête des contacts plus éloignés devrait être fondée sur les informations disponibles à ce moment, par exemple, la gravité de la maladie des contacts étroits.
- Si le cas a été gravement malade de la maladie respiratoire au cours du voyage par avion (c.-à-d., le retour au Canada), alors les renseignements de contact des passagers (c.-à-d., le manifeste de l'avion) devraient être demandés en provenance du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) de Santé Canada;
 - Le suivi des passagers devrait être envisagé uniquement si le cas finit par répondre à la définition d'un cas de SRAS dans les dix jours du vol ou est

¹ Cette recommandation tient compte de la nécessité d'établir des priorités au niveau des ressources limitées de la santé publique. Il est reconnu que certains cas peuvent être symptomatiques et être manqués si aucune tentative n'est faite pour rejoindre des contacts potentiellement malades identifiés au-delà de la période de 10 jours. Il faut par conséquent considérer que de contacter la direction est une approche raisonnable et cela ne doit pas empêcher une instance d'entreprendre une enquête plus complète sur le contact.

diagnostiqué d'une autre maladie qui a des conséquences significatives pour la santé publique.

***Note :** *Le contact symptomatique devrait être isolé dans sa maison à moins qu'une hospitalisation soit cliniquement indiquée. Ces individus devraient être informés de rester à la maison plutôt que d'aller au travail, à l'école ou d'accomplir d'autres activités, de se laver souvent les mains et d'éviter les contacts face à face avec d'autres personnes pendant la durée de leur maladie. La portée de ces exigences d'isolement devrait être fondée sur la gravité de la maladie du cas, de la composition du ménage (c.-à-d., la présence de personnes immunodéprimées) et l'évidence disponible relative à la contagiosité et à la facilité de transmission.*

3.0 Protocole de gestion par les services de santé publique pour un groupe de MRS au sein d'une unité de soins de santé dans un établissement de soins actifs

Pour une définition de ce type d'alerte, veuillez référer à la dernière version du document intitulé « Surveillance des infections respiratoires sévères ou émergentes au cours de la période de post-éclosion du SRAS » : <http://www.sras.gc.ca/>. Les « critères généraux » présentés ci-dessous sont fournis en tant que rappel général pour le lecteur et ne devraient pas remplacer les définitions spécifiques dans le document de surveillance.

Critères généraux d'alerte :

- Un groupe de cas hospitalisés où l'hôpital a la MRS acquise;
- Les résultats des enquêtes préliminaires, dans les premières 72 heures d'hospitalisation, ne peuvent pas déterminer un diagnostic;
- Aucun lien épidémiologique potentiel n'est requis.

Protocole de rapports :

- Dès que le rapport est envoyé par l'hôpital, l'autorité locale de santé publique devrait rapporter le groupe à l'autorité PT de santé publique qui avisera ensuite le CPCMI de Santé Canada.

Mesures de santé publique :

- Les autorités locales ou régionales de santé publique devraient envisager de restreindre les transferts de patients entre l'unité de soins de santé affectée et les autres unités jusqu'à ce que le groupe ait été contenu (c.-à-d., aucune évidence de dissémination provenant du groupe initial de cas);
- Étudier la possibilité de recommander la restriction des lieux de travail aux travailleurs des soins de santé qui sont vraisemblablement exposés et qui travaillent également dans d'autres unités de soins (non affectées) jusqu'à ce que le groupe soit contenu;

- En collaboration avec les services de prévention des infections et de santé au travail de l'établissement affecté, souligner l'importance des pratiques systématiques de contrôle des infections pour les maladies respiratoires et fournir des instructions pour le personnel qui a soigné le cas, sans prendre les précautions appropriées (c.-à-d., a été en contact étroit non protégé avec le cas), de s'autosurveiller pour une fièvre ou des symptômes de maladies respiratoires pour les prochains dix jours ou une période d'incubation depuis le dernier contact (s'il est possible de le déterminer);
- En collaboration avec les services de prévention des infections et de santé au travail, procéder à une enquête de la source potentielle de l'infection. Si la source est soupçonnée de demeurer dans la collectivité (c.-à-d., qu'elle n'est pas hospitalisée au moment de l'enquête), alors la santé publique devrait envisager une enquête des autres contacts étroits de la collectivité, dont le traitement des contacts tel que décrit ci-dessous;
- D'autres contacts étroits à l'intérieur de l'établissement (c.-à-d., les patients qui partagent une chambre avec un cas) qui sont asymptomatiques devraient être traités selon les recommandations actuelles de contrôle des infections alors qu'ils sont dans l'établissement et en tant que contact de la communauté (voir ci-dessous) s'ils reçoivent leur congé dans les 10 jours, après qu'ils aient eu un dernier contact étroit avec un cas;
- Le suivi des autres contacts étroits dans la collectivité (par ex., les membres du ménage qui ont été en contact étroit avec le cas de MRS après l'apparition des symptômes) devrait survenir si les contacts peuvent être rejoints dans les 10 jours du dernier contact avec un cas infectieux;
 - Si le contact étroit est **symptomatique** (c.-à-d., s'il a une fièvre, une toux ou de la difficulté à respirer) :
 - L'isolement à l'hôpital ou à la maison* jusqu'à ce que les symptômes aient disparu ou soient revenus à la ligne de référence;
 - La santé publique devrait s'assurer que ces individus sont contactés au moins une fois afin de leur fournir des instructions et souligner l'importance de réduire l'exposition pour les autres;
 - Inciter l'individu à téléphoner à son médecin personnel afin que les décisions relatives à la nécessité d'une évaluation clinique puissent être personnalisées;
 - Examiner la possibilité de demander une enquête de laboratoire afin d'aider à définir l'étiologie de la maladie du contact et peut-être indirectement, la maladie du cas hospitalisé de MRS;
 - Demander que les résultats des enquêtes cliniques ou de laboratoire sur cet individu soient transmis à la santé publique, particulièrement si un agent étiologique est identifié;
 - On doit demander aux fournisseurs de soins de santé symptomatiques de vérifier auprès de leurs services respectifs de santé au travail avant de reprendre le travail;
 - Si le contact étroit est **asymptomatique** (c.-à-d., est afébrile et n'a pas de symptôme respiratoire qui soit différent de leur état de référence) :
 - S'autosurveiller pour une fièvre et de nouveaux symptômes respiratoires au cours des 10 jours suivant le dernier contact avec le cas;
 - La santé publique devrait s'assurer que ces individus sont contactés au moins une fois afin de leur fournir des renseignements et des

instructions relatifs à l'autosurveillance et la personne à contacter s'ils deviennent malades.

- Les contacts plus éloignés du cas devraient être suivis à la discrétion de l'autorité locale de la santé publique (par exemple, si l'enquête révèle une forte proportion de maladie au sein du groupe qui a eu un contact étroit avec le cas).

***Note :** *Le contact symptomatique devrait être isolé dans sa maison à moins qu'une hospitalisation soit cliniquement indiquée. Ces individus devraient être informés de rester à la maison plutôt que d'aller au travail, à l'école ou d'accomplir d'autres activités, de se laver souvent les mains et d'éviter les contacts face à face avec d'autres personnes pendant la durée de leur maladie. La portée de ces exigences d'isolement devrait être fondée sur l'épidémiologie de l'éclosion à l'intérieur de l'aménagement de l'hôpital.*