

**RECOMMANDATIONS
DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU
MSSS**

POUR LE MAINTIEN D'UNE VIGIE CONTINUE

AU REGARD

**DES MALADIES RESPIRATOIRES SÉVÈRES (MRS)
ÉMERGENTES OU POTENTIELLEMENT ASSOCIÉES AU
SRAS**

Le 5 décembre 2003

1. CONTEXTE

Étant donné le contexte actuel du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) où il n'existe plus de chaîne de transmission à l'échelle internationale mais où persiste une zone dans laquelle la probabilité de transmission de l'infection par le coronavirus du SRAS (SRAS-CoV) de l'animal à l'homme existe, la Direction générale de la santé publique (DGSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) juge qu'il est nécessaire de fournir au réseau de la santé publique des directives spécifiques sur les mesures à mettre en place pour assurer, au niveau du Québec, une vigie continue de toute maladie respiratoire sévère (MRS) potentiellement associée au SRAS ou d'autres infections respiratoires graves ou émergentes.

Le présent document s'appuie sur la position de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit à l'échelle mondiale trois zones à risque de résurgence du SRAS-CoV, compte tenu de l'expérience des récentes flambées et du potentiel de ré-émergence. Les activités de surveillance recommandées au niveau national ou régional varient en fonction de ces zones.

- **Zone de résurgence potentielle du SRAS-CoV** : il s'agit d'une zone reconnue comme la (les) source(s) de la récente flambée en novembre 2002 ou zones où la probabilité de transmission de l'infection par le SRAS-CoV de l'animal existe. Il s'agit de la Chine, incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong.
- **Zones nodales** : il s'agit de zones où la transmission locale a été soutenue pendant la récente flambée ou zones ayant accueilli un grand nombre de personnes en provenance de la zone de résurgence potentielle du SRAS-CoV. Le Grand Toronto fait partie de ces zones.
- **Zones à faible risque** : il s'agit de zones n'ayant jamais déclaré de cas, ayant déclaré seulement des cas importés ou n'ayant connu qu'une transmission locale limitée pendant la récente flambée. Le **Québec fait partie** de ces zones.

Les spécificités de nature plus opérationnelle, énoncées dans les documents canadiens produits par Santé Canada et ayant fait consensus, sont également tenues en compte et intégrées dans ce document.

2. OBJECTIFS

L'objectif général de cette vigie est de prévenir des épidémies ou des éclosions importantes d'infections respiratoires associées à une morbidité et une mortalité élevée, en mettant en place un système de surveillance pour les maladies respiratoires graves ou émergentes et des mesures de contrôle appropriées.

Les objectifs spécifiques recommandés sont les suivants :

- Détecter rapidement des syndromes respiratoires inhabituels graves (morbidité et mortalité élevées), pouvant être causés par des pathogènes connus ou en émergence, ayant le potentiel de provoquer une pandémie.
- Détecter rapidement tout nouveau cas de SRAS provenant d'une région où une ré-émergence est possible (i.e. La Chine, incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong). **Cet objectif, considéré en phase de pré-alerte, sera en place tant qu'aucun nouveau cas de SRAS ne sera identifié. Advenant la situation où un nouveau cas de SRAS est identifié dans le monde, les niveaux de surveillance seront modifiés en conséquence et les définitions de cas utilisées en période d'éclosion de SRAS seront utilisées.**
- S'assurer d'avoir des mécanismes nous permettant d'implanter rapidement des mesures de prévention appropriées pour réduire la transmission.

3. CADRE DANS LEQUEL SE SITUE LA SURVEILLANCE

Le but du présent document est de présenter les définitions minimales de la surveillance et d'établir des normes servant au signalement des maladies respiratoires sévères (MRS) pouvant être liées au SRAS au cours de la période « postéclosion » ou « new normal » de SRAS. Les définitions de surveillance sont donc des outils de santé publique conçues à des fins de vigie et de surveillance et elles ne sont pas conçues pour le diagnostic clinique.

4. SURVEILLANCE ET VIGIE PAR LES CLINIENS

On demandera aux médecins cliniciens de chaque région de signaler, à la direction de santé publique (DSP) de son territoire, les personnes répondant aux critères suivants :

Le médecin signalera toute **PERSONNE HOSPITALISÉE** avec :

<p>Fièvre > 38 °C;</p> <p>ET</p> <p>Toux ou difficultés à respirer;</p> <p>ET</p> <p>Preuves, sur une radiographie pulmonaire, d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou à un syndrome de détresse respiratoire (SDR) ne répondant pas à l'antibiothérapie dans les 72 heures après le début du traitement;</p> <p>ET</p> <p>Résultats d'investigations préliminaires en laboratoire, en dedans de 72 heures d'hospitalisation, qui ne peut confirmer une étiologie autre que le SRAS (i.e. que le SRAS ou un autre pathogène respiratoire émergent ne peut être écarté);</p> <p>ET</p> <p>Une ou plusieurs expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes (<i>voir section 4.1</i>).</p>
<p>OU</p>
<p>Une personne décédée, avec des résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du SDR sans cause connue;</p> <p>ET</p> <p>Une ou plusieurs expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes ayant mené au décès (<i>voir section 4.1</i>).</p>

Critères d'exclusion

Une personne devrait être exclue si un autre diagnostic peut expliquer sa maladie.

4.1 EXPOSITIONS À RISQUE dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes

- Résidence, voyage récent ou visite dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence (la Chine, incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong);
- Contacts étroits* avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie ET qui a une histoire de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence, et aucune autre cause identifiée;
- Un travail en laboratoire avec le virus SRAS-CoV;
- Membre du personnel hospitalier (soignant ou non) (*voir le point 5.2*).

*Définition de contact étroit : personne ayant donné des soins (sans protection appropriée), ayant vécu sous le même toit, ayant eu un contact face à face (< 1 mètre) ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides organiques d'une personne affectée d'une maladie.

Un algorithme d'évaluation et de gestion des cas de MRS par le clinicien est proposé à l'annexe 1.

5. SURVEILLANCE ET VIGIE PAR LES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

5.1 ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE D'UN CAS SPORADIQUE DE MALADIE RESPIRATOIRE SÉVÈRE (MRS) POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS

Suite au signalement par le clinicien, **une enquête devrait être initiée par la DSP** à l'aide du questionnaire proposé (annexe 2) afin de valider si le cas a eu une ou plusieurs des **EXPOSITIONS À RISQUE dans les 10 jours précédant le début des symptômes** (voir section 4.1).

Si tel est le cas, cette personne devient un cas de maladie respiratoire sévère (MRS) potentiellement associée au SRAS (voir la définition au tableau suivant) et doit être signalée par téléphone au médecin de garde de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS (*au 1 888 626-6663 code d'accès 32245*). Un algorithme pour l'évaluation et la gestion des cas de MRS par la DSP est proposé à l'annexe 3.

DÉFINITION D'UN CAS DE MALADIE RESPIRATOIRE SÉVÈRE (MRS) POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS:

Toute PERSONNE HOSPITALISÉE avec :

Fièvre > 38 °C;
ET
Toux ou difficultés à respirer;
ET
Preuves, sur une radiographie pulmonaire, d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou à un syndrome de détresse respiratoire (SDR) ne répondant pas à l'antibiothérapie dans les 72 heures après le début du traitement;
ET
Résultats d'investigations préliminaires en laboratoire, en dedans de 72 heures d'hospitalisation, qui ne peut confirmer une étiologie autre que le SRAS (i.e. que le SRAS ou un autre pathogène respiratoire émergent ne peut être écarté);
ET
Une ou plusieurs expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes (voir section 4.1).
OU
Une personne décédée, avec des résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du SDR sans cause connue;
ET
Une ou plusieurs expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes ayant mené au décès (voir section 4.1).

Advenant la situation où un nouveau cas de SRAS était identifié à un endroit dans le monde, les niveaux de surveillance en période d'écllosion avec les définitions appropriées de cas de SRAS seraient repris.

Rappelons que le SRAS est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) au Québec depuis le 20 novembre 2003 et, par conséquent, tout cas de SRAS confirmé ou probable identifié devrait être déclaré dans le fichier central des MADO selon les définitions nosologiques proposées.

5.2 PARTICULARITÉS DE L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE POUR UN CAS DE MRS POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS CHEZ UN MEMBRE DU PERSONNEL HOSPITALIER (SOIGNANT OU NON)

Une vigie accrue est attendue et nécessaire de la part de la santé publique afin de reconnaître, investiguer et rapporter tout agrégat de MRS potentiellement associée au SRAS. Une **attention particulière est portée sur les centres hospitaliers de soins**

aigus, car la probabilité de résurgence d'écllosion du SRAS au Canada est plus grande dans ces milieux étant donné son caractère nosocomial.

Lorsque l'exposition documentée lors de l'enquête d'un cas sporadique est de travailler dans un centre hospitalier de soins aigus, la DSP doit procéder à une enquête auprès de cet établissement, notamment auprès du bureau de santé et auprès de l'équipe de prévention et de contrôle des infections, afin de déterminer s'il y a d'autres cas similaires associés à ce centre. L'objectif de cette enquête est de détecter rapidement toute écloision associée à une infection respiratoire émergente ou ré-émergente comme le SRAS.

Il est à noter que Santé Canada recommande une surveillance des grappes nosocomiales de MRS en centres hospitaliers notamment par l'entremise d'un réseau sentinelle canadien. Actuellement, un centre hospitalier québécois de ce réseau est visé par cette surveillance.

6. TRIAGE

Les mesures générales de prévention des infections devraient s'appliquer dès l'entrée dans un milieu de santé pour éviter la propagation d'infection, notamment dans les salles d'attente.

La mise en place d'un triage universel plus étendu qui viserait l'ensemble des maladies respiratoires fébriles est envisagée. Des recommandations à cet effet sont en voie d'élaboration au niveau du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Elles seront proposées au cours des prochaines semaines. Les mesures connues de prévention des infections devraient s'appliquer à une personne fébrile avec des symptômes infectieux dès l'entrée dans un milieu de soins pour prévenir la transmission évitable de cette infection au personnel et aux autres patients présents.

7. ÉPREUVES DE LABORATOIRE

Des **investigations de laboratoire** sont **nécessaires pour tout cas identifié de MRS potentiellement associée au SRAS**, soit lorsque l'enquête épidémiologique a déterminé que le cas correspond à la définition proposée à la section 4 (avec tableau clinique et exposition à risque).

Trois stratégies d'analyse permettent de fournir des évidences d'une infection causée par le SRAS-CoV :

1. La détection d'acide nucléique du virus obtenue sur au moins 2 échantillons cliniques distincts par RT-PCR; idéalement, un résultat positif obtenu avec 2 paires d'amorces différentes devrait être obtenu pour confirmer l'infection. L'analyse dans un laboratoire distinct du premier est recommandée pour vérifier le résultat.
2. La culture virale positive réalisée dans un laboratoire de niveau 3 certifié et confirmée par RT-PCR fournit la meilleure évidence d'infection causée par le SRAS-CoV.
3. La séroconversion mesurée par une épreuve d'immunofluorescence ou immunoenzymatique. Il faut noter cependant que cette approche n'est pas recommandée pour définir le premier cas d'un agrégat potentiel. La séroconversion doit être confirmée par une épreuve de neutralisation dans un laboratoire de niveau 3.

Les analyses effectuées pour le SRAS-CoV dans un laboratoire hospitalier doivent être confirmées au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) ou au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg.

Les échantillons à recueillir sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Les analyses usuelles pour éliminer les causes de pneumonie atypique doivent être réalisées avant d'envoyer les échantillons au LSPQ. En plus de la recherche du coronavirus pour le SRAS, d'autres analyses telles les analyses pour le *Mycoplasma pneumoniae* et le *Chlamydomphila pneumoniae* pourraient être réalisées lorsque les tests sont disponibles.

Le LSPQ ne fait pas d'analyses de première ligne pour les principaux agents bactériens (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae* et *C. psittaci*) et viraux (virus de l'influenza, virus respiratoire syncytial, virus parainfluenza, adénovirus) responsables de pneumonies atypiques. Ces analyses devraient donc être réalisées par les centres hospitaliers de la région ou d'une des régions avoisinantes capables de fournir ces services.

L'ensemencement de la lignée cellulaire Vero pour culture virale ne devrait pas être effectuée dans les laboratoires de virologie de niveau 2 lorsqu'un échantillon provient d'un cas suspect ou probable de SRAS. La culture sur cellules Vero d'un cas suspect de SRAS n'est recommandée qu'en laboratoire de niveau de confinement 3.

ÉCHANTILLONS À RECUEILLIR POUR LES CAS DE MRS POTENTIELLEMENT ASSOCIÉES AU SRAS

En plus des essais cliniques pertinents, effectués localement en laboratoire, il faudrait, pour tout patient correspondant à la définition de cas de MRS potentiellement associées au SRAS, recueillir les échantillons suivants et les expédier au LSPQ :

1. Écouvillonnage nasopharyngé* dans un milieu de transport pour culture virale (2ml). L'aspiration nasopharyngée est également acceptable.
2. Selle* pour virologie dans un contenant stérile ou écouvillonnage rectal placé dans un milieu de transport de culture virale. *Pas dans un milieu préservatif.*
3. Sérum précoce et tardif (avec un délai d'au moins deux semaines entre la prise d'échantillons) (2 à 3 ml). En absence de séroconversion, prélever un autre sérum à 28 jours.

ET, LORSQUE POSSIBLE :

4. Lavage broncho-alvéolaire ou aspiration trachéale dans un contenant stérile.
5. Tissu provenant de biopsie ou d'autopsie – poumon, intestin, rate, ganglions lymphatiques. Ces échantillons doivent être maintenus congelés et NON FIXÉS.

*Répéter le prélèvement d'échantillons après 7 à 10 jours chez les patients fortement soupçonnés de SRAS, chez lesquels l'analyse initiale par RT-PCR est négative et aucune autre étiologie n'a été trouvée.

NOTES IMPORTANTES POUR LE TRANSPORT

1. Veuillez indiquer ce qui suit sur le formulaire de réquisition du laboratoire :
 - a) ENQUETE SPÉCIALE DU SRAS.
 - b) Date d'apparition de la maladie.
 - c) « Historique de voyage » et/ou « contact avec des cas infectés » et/ou « travail en centre hospitalier ou en laboratoire ».
2. Envoyer les spécimens au LSPQ dans un contenant isotherme à 4 °C. Si les échantillons sont déjà congelés, les expédier sur glace sèche. Communiquer avec le LSPQ avant d'envoyer les échantillons (514-457-2070).

8. CONTRÔLE DES INFECTIONS

Les mesures universelles de base de contrôle des infections devraient être maintenues et même renforcées particulièrement dans les milieux de soins de même que dans les laboratoires.

Nous vous rappelons que le Comité ministériel sur les mesures de précaution contre le SRAS a produit récemment un outil-vidéo sur les mesures de protection personnelle pour les travailleurs en milieux de soins (choix et ajustement des masques et des autres types d'équipements de protection selon la situation, méthode pour la mise en place et le retrait des équipements individuels de protection personnelle, etc). Cet outil est très utile dans le cadre d'un programme de formation approprié et d'activités de sensibilisation. Vous pouvez vous procurer cet outil ainsi que d'autres documents pertinents à partir du site Internet de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) <http://www.inspq.qc.ca/dossiers/sras>.

L'INSPQ, par l'entremise du LSPQ offre les 12 et 17 décembre 2003 une formation d'une demi-journée sur les critères diagnostiques, les techniques de diagnostic en laboratoire (biologie moléculaire, culture et sérologie) ainsi que sur les précautions à prendre en laboratoire afin d'éviter toute infection au coronavirus responsable du SRAS pouvant être acquise en laboratoire.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur cette formation à venir à partir du site Internet de l'INSPQ <http://www.inspq.qc.ca/dossiers/sras>.

9. MESSAGES DE SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique doit continuer à diffuser ses messages auprès des travailleurs et auprès de sa population au regard des mesures de prévention concernant les maladies respiratoires fébriles. Parmi ces messages, le suivant est particulièrement important à rappeler :

- Toute personne avec une maladie respiratoire fébrile devrait éviter de se présenter au travail (notamment le personnel ou les visiteurs dans les établissements de santé), dans une école ou dans tout lieu public.

10. GESTION DES CAS

Le cas de MRS potentiellement associée au SRAS est hospitalisé et géré avec les précautions de base de même qu'avec les précautions additionnelles contre les gouttelettes (si toux appréhendée) et de contact (avec les sécrétions). Les précautions aériennes pourront être appliquées si une tuberculose est suspectée.

La gestion des contacts étroits du cas de MRS potentiellement associée au SRAS se retrouve explicitée dans le document « Gestion des cas et des contacts de MRS potentiellement associée au SRAS et de leurs contacts » (annexe 4).

11. CONCLUSION

Les recommandations actuelles pour les cas de MRS potentiellement associées au SRAS et celles à venir pour faire face à l'émergence des maladies respiratoires fébriles, engendrent des modifications au niveau des mesures de santé publique à mettre en place dans chacune de vos régions respectives. Nous vous invitons à les mettre en place rapidement afin que le Québec se dote d'un système de surveillance et de vigie efficace au regard des maladies respiratoires transmissibles graves ou émergentes.

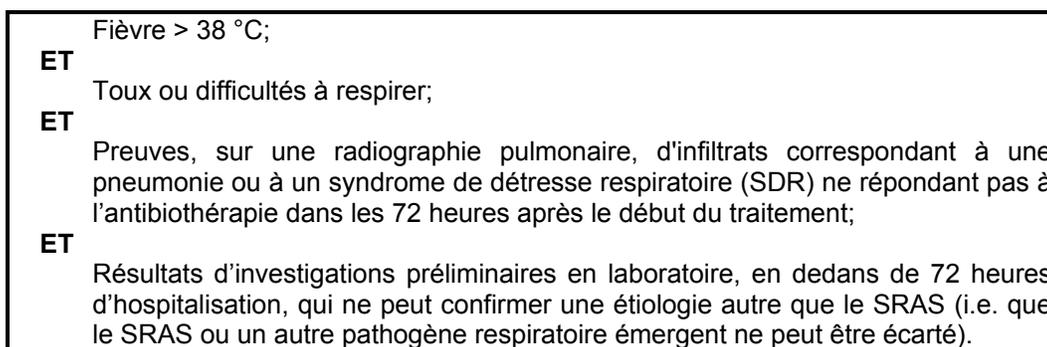
Si le SRAS réapparaissait à un endroit dans le monde, il est alors prévu que les recommandations (surveillance, prévention et contrôle) faites dans le cadre de la période de vigie seraient remplacées par les recommandations en période d'éclosion. Les documents concernant la période d'éclosion sont en cours de révision au MSSS et vous seront envoyés dès que possible.

Algorithme

**Évaluation et gestion des cas de MRS
par le *clinicien***

(en l'absence de cas de SRAS dans le monde)

**Une personne décédée, avec des résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du syndrome de détresse respiratoire sans cause connue OU
Une personne hospitalisée avec :**



Oui

Précautions de base et précautions
additionnelles contacts et gouttelettes

Si non, traiter selon la
symptomatologie

Le clinicien documentera les expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes :

- Résidence, voyage récent ou visite dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence (la Chine, incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong);
- Contacts étroits (incluant le fait d'avoir donné des soins sans protection respiratoire appropriée) avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie ET qui a une histoire de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence, et aucune autre cause identifiée;
- Un travail en laboratoire avec le virus SRAS-CoV;
- Membre du personnel hospitalier (soignant ou non).

Oui

- Signaler ce cas à la Direction de santé publique de votre territoire
- Investigation de laboratoire pour la recherche du SRAS ou d'autres causes de pneumonie atypique

Si non, traiter selon la
symptomatologie

PÉRIODE DE VIGIE MRS POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS

(aucun nouveau cas de SRAS identifié mondialement)

- QUESTIONNAIRE -

IDENTIFICATION DU CAS

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (aa-mm-jj) : _____ Âge : _____ Sexe : H F

Père/mère/tuteur : _____ Date début symptômes (aa-mm-jj) : _____

CRITÈRES POUR CONSIDÉRER UN CAS DE MALADIE RESPIRATOIRE SÉVÈRE (MRS) POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS

	OUI	NON	INC	Si oui, date début (aa-mm-jj)
1. Personne hospitalisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
2. Fièvre >38 °C (T° maximum notée _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
3. Toux ou difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
4. Détresse respiratoire (DR) ou pneumonie (P) ne répondant pas à une antibiothérapie en dedans de 72 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
5. Rayon X pulmonaire avec évidences infiltrats consistants avec DR ou P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
6. Résultats d'investigation clinique et/ou de laboratoire en dedans de 72 heures qui ne peut confirmer une étiologie autre que le SRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Ou si décès				
7. Résultats d'autopsie indiquant pathologie de syndrome de DR sans cause connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

EXPOSITIONS À RISQUE

Si le cas répond aux 6 premiers critères ou au 7^{ième} critère (personne décédée) ci-haut, vérifier les 4 expositions suivantes :

1. Résidence, voyage récent ou visite en Chine incluant Taiwan, HongKong (*considérées zones potentielles d'émergence/ré-émergence du SRAS*) dans les 10 jours ayant précédé le début des symptômes ?

NON

OUI (*identifiez la ou les zones où la personne a voyagé*)

1. Chine

2. Taiwan (province)

3. Hong Kong (région administrative spéciale)

4. Autre (*précisez*) _____

Date et durée de l'exposition : _____

2. Contact étroit*, dans les 10 jours ayant précédé le début des symptômes, avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie ET qui a une histoire de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence , et aucune autre cause identifiée?

NON

OUI (précisez la date et la durée d'exposition) : _____

Cette personne symptomatique avec qui le cas de MRS a été en contact étroit a-t-elle

- Consulté un médecin? Oui Non

- Eu une radiographie pulmonaire? Oui Non

- Eu un diagnostic? _____

- Reçu un traitement? _____

Précision sur le voyage : lieu, durée voyage, date, etc. : _____

* Définition de contact étroit : Personne ayant donné des soins (sans protection appropriée), ayant vécu sous le même toit, ayant eu un contact face à face (< 1 mètre) ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides organiques d'une personne affectée d'une maladie.

3. Travail en laboratoire avec le virus SARS-CoV ?

NON

OUI (*précisez*) : _____

Fonction : _____

Lieu de travail : _____

Date et durée de l'exposition : _____

4. Membre du personnel hospitalier (soignant ou non) ?

NON

OUI (*précisez*) : _____

Fonction : _____

Lieu de travail : _____

Date et durée de l'exposition : _____

Si la personne répond aux 6 premiers critères de cas de MRS potentiellement associée au SRAS ou au 7^{ième} critère (personne décédée) ET

Si la personne répond à au moins une des 4 expositions à risque

Elle répond à la définition de cas de MRS potentiellement associée au SRAS



SVP aviser le MSSS (**médecin de garde au 1 888 626-6663 code 32245**) et

compléter l'enquête pour identifier les contacts étroits de ce cas et mettre en place les mesures de santé publique appropriées.

NOM de la personne ayant réalisé l'enquête : _____

NOM de la personne contact : _____

N° de téléphone : _____ **Date de l'enquête :** _____

Algorithme

**Évaluation et gestion des cas de MRS
par la direction de santé publique**
(en l'absence de cas de SRAS dans le monde)

Cas signalé par le clinicien répondant à la définition de cas sporadique de maladie respiratoire sévère (MRS) potentiellement associée au SRAS, soit :

Fièvre > 38 ° C;
ET
 Toux ou difficultés à respirer;
ET
 Preuves, sur une radiographie pulmonaire, d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou à un syndrome de détresse respiratoire (SDR) ne répondant pas à l'antibiothérapie dans les 72 heures après le début du traitement;
ET
 Résultats d'investigations préliminaires en laboratoire, en dedans de 72 heures d'hospitalisation, qui ne peut confirmer une étiologie autre que le SRAS (i.e. que le SRAS ou un autre pathogène respiratoire émergent ne peut être écarté);
ET
 Une ou plusieurs des expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes¹

OU

Une personne décédée, avec des résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du SDR sans cause connue;
ET
 Une ou plusieurs des expositions à risque dans les 10 jours qui ont précédé le début des symptômes ayant mené au décès¹

Oui

Si non, aucune investigation supplémentaire n'est nécessaire

- Rechercher les contacts étroits, soit les personnes ayant donné des soins (sans protection appropriée), ayant vécu sous le même toit, ayant eu un contact face à face (< 1mètre) ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides organiques d'une personne affectée;
- S'il s'agit d'un cas signalé chez un travailleur œuvrant dans un centre hospitalier, effectuer une enquête auprès de la personne responsable de la prévention des infections et du bureau de santé du personnel du centre hospitalier pour rechercher d'autres cas similaires;
- Mettre en place les mesures de santé publique appropriées pour les contacts;
- Signaler à la Direction de la protection de la santé publique du MSSS comme un cas de maladie respiratoire sévère (MRS) potentiellement associée au SRAS.

¹ Expositions à risque :

- Résidence, voyage récent ou visite dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence (la Chine, incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong);
- Contacts étroits (incluant le fait d'avoir donné des soins sans protection respiratoire appropriée) avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie ET qui a une histoire de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence, et aucune autre cause identifiée;
- Un travail en laboratoire avec le virus SRAS-CoV;
- Membre du personnel hospitalier (soignant ou non).

GESTION DES CAS DE MALADIES RESPIRATOIRES SÉVÈRES (MRS) POTENTIELLEMENT ASSOCIÉES AU SRAS ET DE LEURS CONTACTS

EN PÉRIODE DE VIGIE

*(i.e. aucun nouveau cas de SRAS identifié mondialement)
(mise à jour # 1)*

1. INTRODUCTION

Le but de ce document consiste à fournir des recommandations provinciales de référence pour la gestion de santé publique à la suite de la mise en évidence d'un cas de maladie respiratoire sévère (MRS) potentiellement associée au SRAS, identifié dans le cadre de la surveillance accrue en période de vigie ou de postéclosion du SRAS (c'est-à-dire dans une période où aucun nouveau cas de SRAS n'a été identifié mondialement).

Si le SRAS réapparaissait, alors il est prévu que les recommandations faites dans le cadre de la période d'éclosion remplaceraient celles-ci et seraient donc celles à suivre.

2. DÉFINITION DE CAS DE MRS POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS

Cas rencontrant les *critères de signalement* définis comme suit :

- Une **PERSONNE HOSPITALISÉE** avec fièvre > 38 °C **ET** toux ou difficultés à respirer;
- **ET** preuves, sur une radiographie pulmonaire, d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou à un syndrome de détresse respiratoire (SDR) ne répondant pas à l'antibiothérapie dans les 72 heures après le début du traitement ;
- **ET** résultats d'investigations préliminaires en laboratoire, en dedans de 72 heures d'hospitalisation, qui ne peut confirmer une étiologie autre que le SRAS (i.e. que le SRAS ou un autre pathogène respiratoire émergent ne peut être écarté);
- OU**
- une personne décédée, avec des résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du SDR sans cause connue ;

ET

Expositions à risque (au moins un des critères suivants) dans les 10 jours précédant le début de la maladie :

- Résidence, voyage récent ou visite dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence (la Chine, incluant la Chine continentale, la province de Taiwan et la région administrative de Hong Kong);
- Contacts étroits* avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie **ET** qui a une histoire de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence et aucune autre cause identifiée;
- Travail en laboratoire avec le virus SRAS-CoV;
- Membre du personnel hospitalier (soignant ou non).

* voir la définition de contact étroit à la section 3

3. DÉFINITIONS

Contact étroit : Personne ayant donné des soins (sans protection appropriée), ayant vécu sous le même toit, ayant eu un contact face à face (< 1 mètre) ou ayant eu un contact direct avec les sécrétions respiratoires ou les liquides organiques d'une personne affectée d'une maladie respiratoire.

État symptomatique : présentant de la fièvre, toux et difficultés respiratoires.

État asymptomatique : fébrile, ne présentant pas de symptôme respiratoire différent de l'état habituel.

Isolement volontaire : réfère à l'isolement d'une personne dans un endroit distinct d'autres personnes, selon les conditions permettant de prévenir ou de limiter la transmission directe ou indirecte de l'agent infectieux, le tout sur une base volontaire. L'individu devrait être informé de rester à la maison plutôt qu'aller au travail, à l'école ou accomplir d'autres activités, se laver souvent les mains et éviter les contacts face à face avec d'autres personnes pendant la période d'isolement volontaire.

4. GESTION DES CAS DE MRS POTENTIELLEMENT ASSOCIÉES AU SRAS

Cas de MRS potentiellement associée au SRAS	Hospitalisation avec précautions de base ainsi que précautions additionnelles par gouttelettes et contact jusqu'à ce que l'évolution clinique, l'investigation de laboratoire ou les données épidémiologiques orientent vers une étiologie plus précise.
--	--

5. GESTION DES CONTACTS ÉTROITS * DE CAS DE MRS POTENTIELLEMENT ASSOCIÉE AU SRAS

Catégorie de contacts étroits	Interventions auprès du ou des contacts étroits
Personnel hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les membres du personnel ayant eu un contact étroit sans protection respiratoire avec le cas de MRS potentiellement associée au SRAS. <p>Si symptomatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De façon générale, les travailleurs présentant fièvre et toux ne devraient pas travailler ; ▪ Le Bureau de santé et l'équipe de prévention et de contrôle des infections devraient être impliqués dans le suivi. <p>Si asymptomatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autosurveillance (fièvre et symptômes respiratoires) pour une période de 10 jours après le dernier contact non protégé ; ▪ Le Bureau de santé et l'équipe de prévention et de contrôle des infections devraient être impliqués dans le suivi.
Patients	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les autres patients ayant pu être en contact étroit avec le cas de MRS potentiellement associée au SRAS (ex. : patient ayant partagé un même espace restreint, chambre, salle d'attente, etc..., que le cas). <p>Si symptomatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pendant l'hospitalisation, prendre les précautions habituelles (<i>au minimum : précautions gouttelettes et contact</i>) ; ▪ Au congé, recommander l'isolement <i>volontaire</i> pour une période de 72 heures ou jusqu'à disparition de la fièvre (le plus long des deux); ▪ En plus de la prise de contact initiale au congé, suivi téléphonique par la santé publique au moins une fois durant l'isolement volontaire. <p>Si asymptomatiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance des symptômes (fièvre et symptômes respiratoires) jusqu'à 10 jours après le dernier contact avec le cas de MRS potentiellement associée au SRAS; ▪ Éviter le transfert dans une autre unité non affectée; ▪ Si congé avant la fin de la période de 10 jours, recommander l'autosurveillance au domicile jusqu'à la fin de cette période. En plus de la prise de contact initiale au congé, suivi téléphonique par la santé publique au moins une fois durant la période d'autosurveillance.

Catégorie de contacts étroits	Interventions auprès du ou des contacts étroits
<p>Autres contacts étroits (ex. : contacts domiciliaires)</p>	<p>Si symptomatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolement volontaire jusqu'à la disparition de la fièvre; ▪ En plus de la prise de contact initiale, suivi téléphonique par la santé publique au moins une fois durant l'isolement volontaire; ▪ Proposer une investigation clinique réalisée par un médecin si peut aider au diagnostic du cas de MRS potentiellement associée au SRAS. <p>Si asymptomatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autosurveillance (fièvre et symptômes respiratoires) jusqu'à 10 jours après le dernier contact avec le cas de MRS potentiellement associée au SRAS; ▪ En plus de la prise de contact initiale, suivi téléphonique par la santé publique au moins une fois durant la période d'autosurveillance.
<p>Passagers d'un vol aérien</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si le cas de MRS potentiellement associée au SRAS a été gravement malade (de sa maladie respiratoire) au cours d'un voyage par avion, les renseignements de contact des passagers (i.e. manifeste de l'avion) devraient être demandés. La DPSP devrait alors être avisée pour qu'elle entreprenne les démarches afin d'obtenir ces informations auprès du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) de Santé Canada. ▪ L'intervention auprès des passagers ayant été en contact étroit avec le cas devrait être envisagée uniquement si le cas répond à la définition de cas de SRAS dans les 10 jours suivant son vol ou si on diagnostique une autre maladie qui a des conséquences significatives pour la santé publique. ▪ Si l'exposition à risque d'un cas de MRS potentiellement associée au SRAS est le contact étroit avec une personne présentant une maladie respiratoire fébrile ou une pneumonie et qui a une histoire de voyage dans une zone potentielle d'émergence ou de résurgence, sans autre cause identifiée : une enquête devrait être entreprise auprès de ce voyageur malade (en fonction de la gravité de sa maladie) et les mesures de santé publique appropriées pour ce voyageur et ses contacts étroits devraient être mise en place selon les résultats de l'enquête.

6. MESURES SUPPLÉMENTAIRES EN CAS D'ÉCLOSION DANS UN CENTRE HOSPITALIER (CH)

- Restreindre les transferts de patients entre l'unité affectée et les autres unités non affectées jusqu'à ce qu'il y ait un contrôle de l'écllosion (pas de nouveaux cas 10 jours après le dernier contact non protégé avec le dernier cas).
- Restreindre la mobilité du personnel ayant eu un contact non protégé avec les cas de MRS potentiellement associée au SRAS : ces personnes ne devraient pas travailler sur des unités non affectées ni dans un autre établissement jusqu'à ce que l'écllosion soit contrôlée.

7. PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

	Responsabilités
<p>CH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Signale à la DSP les cas correspondant à la définition de cas de MRS potentiellement associée au SRAS; 2- Complète l'investigation du cas selon le protocole proposé par le LSPQ; 3- Identifie les contacts étroits du cas de MRS (patients et membres du personnel); 4- Assure le suivi des employés exposés (via le Bureau de santé); 5- Avise la santé publique si un patient-contact reçoit son congé avant la fin de la période d'observation.

	Responsabilités
DSP	<ol style="list-style-type: none"> 1- À la réception du signalement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Complète l'enquête épidémiologique pour valider la présence d'une exposition à risque; ▪ Assure le suivi des patients-contacts qui reçoivent leur congé et retournent dans la communauté; 2- Si confirmation d'une exposition à risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifie les contacts dans la communauté (visiteurs du cas en CH, contacts domiciliaires...) et en assure le suivi; ▪ Si cas sporadique en CH aigu, procède à une enquête afin de déterminer si autre cas similaire associé à ce CH; ▪ Signale le cas à la DPSP du MSSS; ▪ Si le cas de MRS potentiellement associée au SRAS a été gravement malade (de sa maladie respiratoire) au cours d'un voyage par avion, aviser la DPSP du MSSS pour la recherche du manifeste de l'avion auprès de Santé Canada.
DPSP du MSSS	<ol style="list-style-type: none"> 1- Avise les régions concernées par le signalement d'un cas habitant sur leur territoire (si le cas est hospitalisé dans une autre région); 2- Avise l'ensemble des régions si éclosion de MRS potentiellement associée au SRAS signalée dans un CH; 3- Avise Santé Canada des cas répondant à leurs critères de signalement; 4- Si le cas de MRS potentiellement associée au SRAS a été gravement malade (de sa maladie respiratoire) au cours d'un voyage par avion, avise le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) de Santé Canada pour obtenir le manifeste de l'avion.