

Le « Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés » est votre référence pour la prévention et la gestion des éclosions dans votre milieu. Le présent document vous aidera à remplir le nouveau formulaire de signalement d'une éclosion. Chaque section y est présentée accompagnée d'explications et de précisions utiles.

### Qui doit signaler?

- L'exploitant de l'établissement ou son représentant est responsable de remplir le formulaire de signalement d'éclosion.

### Quand signaler?

- Dans les premières 48 heures d'une éclosion de maladie infectieuse (voir annexe A), c'est-à-dire en constatant la présence d'au moins deux cas liés entre eux de la même maladie.
- Remplir un formulaire par agent infectieux, même s'il s'agit d'une nouvelle éclosion sur la même unité.
- Pour les milieux mixtes: remplir un formulaire par type de ressource, même s'il s'agit du même agent infectieux (par exemple, un début d'éclosion du côté autonome et quelques jours plus tard, l'unité de soins est touchée).

La première section concerne la catégorie de votre établissement. Elle est importante pour déterminer quels partenaires soutiendront le milieu au besoin. Il s'agit de cocher le choix qui s'applique à votre milieu. En cas de doute sur le type de ressource, contacter votre intervenant qualité à la DQEPE.

TYPES DE RESSOURCES
<input type="checkbox"/> RPA : Catégorie : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 (unité de soins) <input type="checkbox"/> milieu mixte
<input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RI-SAPA <input type="checkbox"/> RTF <input type="checkbox"/> RAC <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> EPC (hors entente) <input type="checkbox"/> EPNC <input type="checkbox"/> Maison des naissances <input type="checkbox"/> URCl
<input type="checkbox"/> Foyer de groupe <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation jeunesse <input type="checkbox"/> CRDQ <input type="checkbox"/> Communauté religieuse
<input type="checkbox"/> Autres : _____

Ajouter ici des précisions au besoin

Cette section est utile pour bien identifier l'établissement ainsi que la personne à contacter. Elle permet également de clarifier la clientèle hébergée (type et nombre).

IDENTIFICATION
Nom de l'établissement : _____
Adresse : _____ Numéro de téléphone : _____
Nombre de résidents total dans l'établissement : _____
Clientèle <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Semi-autonome <input type="checkbox"/> Non autonome <input type="checkbox"/> Errante
Nom de la personne ressource : _____
Formulaire rempli par : _____ Date : _____

Important de fournir un ou plusieurs numéros et une adresse courriel pour rejoindre une personne responsable

Inscrire le nombre de résidents, et non le nombre d'unités locatives ou le nombre de places.

Les données en lien avec l'écllosion signalée apparaissent dans la prochaine section. Si la maladie en cause ne figure pas dans les choix de réponse, cocher « autre » et inscrire la maladie. La liste des écllosions à déclarer se trouve en annexe de ce document. Inscrire la date de début des symptômes des deux premiers cas. Il est important de **fournir toutes les données demandées**, car elles permettront de déterminer l'ampleur de l'écllosion.

ÉCLOSION	
<input type="checkbox"/> COVID 19	<input type="checkbox"/> Cas clinique d'infection respiratoire
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> VRS
Date du début des symptômes du 1 <sup>er</sup> cas : _____ Date du début des symptômes du 2 <sup>e</sup> cas : _____	
Date du début d'écllosion : _____	
Nombre de cas total au moment du signalement : _____ Nombre de cas hospitalisés : _____ Nombre de cas décès : _____	
Unité(s) de soins ou étage(s) touché(s) : _____	
Nombre de résidents total dans l'unité(s) de soins ou étage(s) touché(s) : _____	
Date de mise en place des mesures de gestion d'écllosion : _____	

Voir le Guide RPA pour les symptômes, ex :  
gastro-entérite : p.56 du Guide  
grippe : p.61  
COVID-19, lien : [Symptômes Covid](#)

Correspond à la date du début des symptômes du 2<sup>e</sup> cas lié

Inscrire toutes les unités/étages où il y a un ou des cas. Pour les milieux avec différentes missions, préciser le secteur (unité de soins, secteur RI-SAPA, secteur autonome)

Dans la section à propos des symptômes, on vous demande d'identifier les symptômes **les plus communs** parmi les cas. Les différents symptômes spécifiques à chaque cas seront plutôt répertoriés dans le tableau de suivi.

SYMPTOMATOLOGIE
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Atteinte de l'état général <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Congestion nasale <input type="checkbox"/> Mal de gorge <input type="checkbox"/> Vomissements
<input type="checkbox"/> Crampes abdominales <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

Si des dépistages ont été réalisés, cocher oui et indiquer le résultat (positif ou négatif). Si aucun dépistage n'a été réalisé, ne pas inscrire de résultat. Préciser tout autre type de dépistage effectué. Même s'il ne s'agit pas d'une écllosion de COVID-19, mais que des tests COVID ont été faits, l'information est tout de même requise.

DÉPISTAGE
Dépistage COVID 19 effectué <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
Dépistage autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, lequel : _____ <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif

Indiquer si les cas ont été dépistés, peu importe le type de test (rapide ou laboratoire)

Les informations en lien avec les travailleurs (total dans l'établissement et malades) sont à inscrire dans cette section.

TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ (TdeS)
Nombre total de travailleurs dans l'établissement : _____
Nombre total de travailleurs malades : _____
Date du début des symptômes du premier travailleur malade : _____

Cocher toutes les mesures déjà mises en place au moment du signalement de l'éclosion. Attention, toutes les mesures ne s'appliquent pas nécessairement à toutes les maladies infectieuses ni à toutes les situations. **Le Guide RPA demeure la référence quant aux mesures de prévention et contrôle des infections.** Il s'agit d'une liste d'exemples de mesures, cocher celles que vous avez mises en place dans votre milieu.

COCHER LES MESURES QUI S'APPLIQUENT À LA SITUATION ET QUI SONT EN PLACE JUSQU'À MAINTENANT
<input type="checkbox"/> Surveillance des symptômes chez les résidents/TdeS
<input type="checkbox"/> Les résidents atteints demeurent dans leur appartement ou chambre
<input type="checkbox"/> <u>Nettoyage</u> et désinfection de l'environnement rehaussés    Nombre de fois par jour : _____
<input type="checkbox"/> Mise en place d'affiches de rappel des mesures préventives
<input type="checkbox"/> Retrait des travailleurs symptomatiques
<input type="checkbox"/> Port des équipements de protection individuelle (EPI) requis selon l'affichette de précaution additionnelle en place : masque médical, gants, blouse à manches longues, etc.
<input type="checkbox"/> <u>Respect</u> et renforcement de l'hygiène des mains chez les travailleurs et les résidents

<input type="checkbox"/> Fermeture des aires communes (salon communautaire, etc.)
<input type="checkbox"/> Fermeture de la salle à manger
<input type="checkbox"/> Suspension d'activités (rassemblements)
<input type="checkbox"/> Présence d'affichage « avis d'éclosion » dans l'établissement
<input type="checkbox"/> Visiteurs informés
<input type="checkbox"/> Résidents et familles informés
<input type="checkbox"/> <u>DSAPA</u> et DQEPE avisées de la situation actuelle
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____

## Références

Cliquer sur « ctrl » du clavier en même temps que cliquer avec la souris sur le texte en bleu pour accéder aux liens

RÉFÉRENCES
1. Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés - Mise à jour 2019 : <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-207-01W.pdf">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-207-01W.pdf</a>
2. Si présence de symptômes respiratoires, consulter le site : <a href="https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/gestes-limiter-transmission-maladies-respiratoires-infectieuses">https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/gestes-limiter-transmission-maladies-respiratoires-infectieuses</a>

La section « Commentaires » peut servir à communiquer toute information jugée pertinente en lien avec l'éclosion. Demeurer concis autant que possible. **Contrairement aux sections précédentes, il n'est pas obligatoire de remplir cette section.**

COMMENTAIRES

Au moment du signalement, acheminer le formulaire aux adresses indiquées au bas du document, sans remplir la section « Bilan ». Elle devra être envoyée seulement une fois l'éclosion terminée.

**Acheminez ce formulaire dûment rempli par télécopieur ou par courriel**

Adresses courriels : [03drspostedegarde@ssss.gouv.qc.ca](mailto:03drspostedegarde@ssss.gouv.qc.ca) et [pci.municipal.ciusssc@ssss.gouv.qc.ca](mailto:pci.municipal.ciusssc@ssss.gouv.qc.ca)

Télécopieurs : 418 -661-7153 et 418-577-8969

**Mettre en copie conforme** : L'infirmière DSAPA et l'intervenant qualité DQEPE dédiés

Pour établir que l'écllosion est terminée, se référer à la section appropriée du Guide RPA afin de connaître les critères de fin d'écllosion en fonction de chaque pathogène.

BILAN À COMPLÉTER À LA FIN DE L'ÉCLOSION		
Date de début des symptômes du dernier cas (aaaa/mm/jj) (CCIRA, COVID-19, Influenza) <sup>1</sup> :	_____	
Date de fin des symptômes du dernier cas (aaaa/mm/jj) (gastro-entérite) <sup>2</sup> :	_____	
Date de fin d'écllosion probable à compléter par l'exploitant (aaaa/mm/jj) :	_____	
Nombre de cas total chez les résidents :	Hospitalisés :	Décédés :
Pathogène identifié, si connu :	_____	
Nombre de cas total connu chez les travailleurs, si disponible :	_____	
Nom de la personne déclarante :	Date :	

Exemples :  
Gastro-entérite p. 60  
Grippe ou COVID-19 : p.66

1 : La fin de l'écllosion sera 10 jours après le début des symptômes du dernier cas.  
2 : La fin de l'écllosion sera 96 heures après la fin des symptômes du dernier cas.

Une fois l'écllosion terminée, acheminer de nouveau le formulaire aux adresses indiquées au bas du document, avec toutes les sections complétées, incluant la section « Bilan ».

**Acheminez ce formulaire dûment rempli par télécopieur ou par courriel**

Adresses courriels : [03drsppostedegarde@ssss.gouv.qc.ca](mailto:03drsppostedegarde@ssss.gouv.qc.ca) et [pci.munautaire.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:pci.munautaire.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)  
Télécopieurs : 418 -661-7153 et 418-577-8969

**Mettre en copie conforme** : L'infirmière DSAPA et l'intervenant qualité DQEPE dédiés

En aucun moment vous n'aurez à remplir la section en gris, elle est réservée à la PCI et la DSPublique.

RÉSERVÉ À LA PCI / DSPublique	
Prise en charge par :	<input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> DSPublique
Date de fin d'écllosion confirmée par DSPublique ou PCI (aaaa/mm/jj) :	_____
Commentaire :	_____
Prise en charge par (nom de la personne responsable) :	Date :

## Annexe A

Maladies/Agents infectieux pour lesquels une **éclosion** doit être signalée

Virus respiratoires :

- COVID-19
- CCIRA (cas clinique d'infection respiratoire), anciennement SAG (syndrome d'allure grippale)
- Influenza A ou B
- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Autres virus respiratoires

Maladies entériques :

- Gastro-entérite
- Diarrhée associée au *clostridioide difficile* (*C. difficile*)

Bactéries résistantes :

- Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)
- Entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC)
- *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM)

Autres :

- Gale
- Zona